

GE_GERICHTE ATAS/846/2015 vom 9. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_846_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/846/2015 du 9 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/846/2015 del 9 novembre 2015

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

A/3095/2014 - 8/15 - 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 la question de savoir si les soins donnés au recourant dès le 1er juillet 2013 sont en relation de causalité avec l'évènement du 25 avril 2013 et s'ils doivent être pris en charge par MASA.

E. 5

a. 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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). b. Aux termes de 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. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) qui prévoit que certaines

lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles comprennent notamment les lésions de ligaments (let g). 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 139 V 327 consid. 3.3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c et la jurisprudence citée). 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

A/3095/2014 - 9/15 - en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et les références citées). A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2 p. 467). Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne (cf. JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'Assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 ème éd., p. 859 n. 66 et p. 875 n. 104), comme lorsqu'un geste quotidien entraîne une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé. C'est le cas notamment lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne effectue un mouvement violent non maîtrisé (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 p. 329) ou lors de changements de position du corps, qui sont 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, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470; arrêt 8C_949/2010 du 1 er décembre 2011 consid. 4.3.2.1).

L'existence d'une cause extérieure permettant d'assimiler une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA à un accident a donné lieu à une abondante casuistique du Tribunal fédéral. La notion de cause extérieure a notamment été admise dans les cas suivants : un faux pas en jouant au volley-ball, provoquant un pincement au genou gauche (arrêt du Tribunal fédéral

des assurances U 92/00 du 27 juin 2001), l'élongation des muscles adducteurs pendant l'entraînement au football (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 20/00 du 10 décembre 2001), une entorse d'un ligament de la cheville gauche après un mouvement de rotation en jouant au hockey en salle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 287/00 du 22 février 2002), une brusque rotation dans une cuisine avec des douleurs subséquentes du genou (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/02 du 21 octobre 2002).

c. 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). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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

A/3095/2014 - 10/15 - 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). 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 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 6

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/3095/2014 - 11/15 - 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). 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). 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. 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 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. 8

a. En l'espèce, il résulte des pièces versées au dossier que l'assuré s'est blessé au genou droit en changeant de direction en jouant au football, le 25 avril 2013. Cet événement, lors duquel l'assuré a ressenti une sensation de "lâchage", a déclenché une symptomatologie douloureuse. L'assuré a consulté un médecin le 30 avril 2013, qui a diagnostiqué une contusion du genou droit. Une IRM effectuée le 29 mai 2013 a mis en évidence une déchirure complète du LCA et plusieurs contusions osseuses. L'intimée ne conteste pas le caractère soudain et involontaire de l'atteinte à la santé, ni le facteur de cause extérieure. En outre, cette atteinte correspond à une lésion de ligament au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA.

L'intimée était donc tenue de prendre en charge les suites de cet événement, ce qu'elle a d'ailleurs fait jusqu'au 30 juin 2013.

A/3095/2014 - 12/15 -

b. L'intimée est cependant d'avis que la relation de causalité entre les troubles de l'assuré et l'évènement en cause ne pouvait être admise que jusqu'au 30 juin 2013 et que les soins donnés dès cette date relevaient de son assurance maladie. Elle se fonde pour cela sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr K_____, selon lequel l'épisode d'instabilité du 25 avril 2013, hormis une contusion osseuse, n'avait pas modifié de manière significative l'architecture intra-articulaire du genou, et avait tout au plus servi à remettre en évidence les lésions anciennes du LCA, dont l'incompétence avait conduit à l'instabilité. Le délai d'atteinte du statu quo ante sine ne devait pas dépasser un maximum de six semaines. Au-delà, il fallait considérer que le cursus de ce genou avait été régi par son état préexistant.

c. Il y a lieu d'examiner, en premier lieu, si l'état de santé de l'assuré au 30 juin 2013 était semblable à celui qui était le sien juste avant l'évènement du 25 avril 2013 et si ses troubles dès cette date pouvaient être exclusivement imputés à l'évènement du 8 mai 2011 (statu quo ante).

Il ressort des avis médicaux du Dr D_____ que les évènements du 8 mai 2011 et du 25 avril 2013 ont eu, tous deux, un rôle causal dans l'atteinte au genou droit de l'assuré, qui a conduit à son opération le 6 janvier 2014. S'agissant en particulier de l'évènement du 25 avril 2013, le status du 21 mai 2013 avait mis en évidence une re-rupture du LCA du genou droit de l'assuré, confirmée par l'IRM, deux ans après une précédente rupture du LCA droit. L'intervention chirurgicale du 7 janvier 2014 avait indubitablement été rendue nécessaire par l'évènement du 25 avril 2013. Le Dr D_____ a donné des explications détaillées, le 13 mai 2015, sur l'origine des lésions subies par l'assuré le 25 avril 2013 et les liens pouvant être faits avec l'évènement du 8 mai 2011, selon lesquelles, en cas de déchirure, le LCA pouvait "guérir" en se fixant sur le ligament croisé postérieur, sans qu'on puisse préciser le degré de solidité de ce nouveau montage. L'évènement du 25 avril 2013, tel que décrit par le patient, était un mouvement de rotation qui avait démontré l'incompétence du néo-ligament, donc une instabilité rotatoire.

Figure au dossier un rapport du Dr C_____ qui a effectué l'IRM du genou droit de l'assuré, le 29 mai 2013, et qui a constaté une déchirure complète du LCA, en faisant référence au fait que le patient lui avait déclaré avoir déjà eu une déchirure du LCA, deux ans auparavant, sans traitement.

Enfin le Dr F_____, qui a opéré l'assuré, a également posé le diagnostic de rupture du LCA de son genou droit, à la suite d'une entorse subie en mai 2013.

Il ressort de ces trois avis médicaux concordants, fondés sur un examen clinique de l'assuré et une IRM, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que l'assuré a subi une nouvelle rupture du LCA de son genou droit lors de l'évènement du 25 avril 2013, qui a conduit à son opération en janvier 2014.

Le Dr K_____ fait une autre lecture de l'IRM effectué en 2013, en retenant que l'évènement du 25 avril 2013 n'a causé que des contusions osseuses et que la rupture du LCA du genou droit de l'assuré datait de 2011. Son appréciation ne

A/3095/2014 - 13/15 - contredit toutefois pas complètement celles des autres médecins précités, dans la mesure où il admet que l'évènement du 25 avril 2013 a eu un certain effet,

puisque'il n'avait, selon lui, pas modifié l'architecture intra-articulaire "de manière significative" et qu'il avait tout au plus servi à remettre en évidence les lésions anciennes du LCA, dont l'incompétence avait conduit à l'instabilité. Or, le Dr D_____ a précisément indiqué qu'un léger traumatisme était probablement suffisant pour provoquer l'accident d'avril 2013.

Il y a également lieu de relever que tant le Dr D_____ que le Dr C_____ ont pris en compte le fait que l'assuré avait déjà subi une lésion au LCA droit deux ans auparavant, sans mettre en doute que l'évènement du 25 avril 2013 avait lui-même causé une nouvelle rupture du LCA du genou droit de l'assuré. Enfin, le fait que l'assuré a ressenti que son genou avait "craqué" le 25 avril 2013 confirme la thèse d'une nouvelle rupture du LCA.

L'avis médical du Dr K_____, qui n'a pas reçu l'assuré en consultation, ne remet ainsi pas sérieusement en cause les conclusions des trois autres médecins précités. Il n'y a ainsi pas lieu de retenir que l'opération du LCA droit de l'assuré a été rendue exclusivement nécessaire par l'évènement du 8 mai 2011.

Par ailleurs, il n'apparaît pas, contrairement à ce que soutient le Dr K_____, que les conséquences de l'évènement du 25 avril 2013 étaient terminées à fin juin 2013 et que l'état de l'assuré était revenu à celui qui existait avant cet évènement, dès lors que l'assuré a continuellement allégué, sans que cela soit contredit par le moindre rapport, que seul l'épisode du 25 avril 2013 avait nécessité son opération de janvier 2014 et qu'avant cette date, il pouvait marcher sans douleurs, ce qui n'avait plus été le cas ensuite.

Ainsi, il n'est nullement établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état de santé de l'assuré au 30 juin 2014 était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident du 25 avril 2013. d. Il n'apparaît pas non plus que la nécessité d'opérer le LCA de l'assuré serait survenue tôt ou tard même sans l'accident du 25 avril 2013, par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). En effet, le Dr D_____ a indiqué, le 13 mai 2015, que dans les 3/4 des cas, le LCA pouvait "guérir" en se fixant sur le ligament croisé postérieur et qu'il n'était alors pas nécessaire d'opérer. Quant au Dr K_____, il a indiqué, le 6 janvier 2015, qu'une déchirure du LCA n'empêchait pas de pratiquer du sport car le LCA n'était pas le seul stabilisateur du genou, et qu'il en existait d'autres qui, chez certaines personnes, pouvaient pallier l'absence ou l'incompétence du LCA, de façon parfois pérenne. Il ressort de ces deux avis médicaux qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'une indication opératoire serait de toute

A/3095/2014 - 14/15 - manière intervenue à la suite de l'évènement du 8 mai 2011, sans l'évènement du 25 avril 2013.

e. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée ne pouvait pas fixer le statu quo ante/sine au 30 juin 2013, et mettre un terme à ses prestations dès cette date. Il lui incombera de prendre en charge toutes les prestations découlant en tout ou partie de l'évènement du 25 avril 2013 et en particulier les frais liés à l'opération du 6 janvier 2014.

E. 9

Le recours sera donc admis.

E. 10

Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. a LPGA).

E. 11

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

A/3095/2014 - 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.