

GE_GERICHTE ATAS/848/2013 vom 2. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_848_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/848/2013 du 2 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/848/2013 del 2 settembre 2013

Erwägungen

E. 26

Cette décision a notamment été envoyée à l'assurance-maladie de l'assuré, HELSANA ASSURANCES SA, qui y a fait opposition, provisoirement, par courrier du 29 novembre 2012.

A/1226/2013 - 6/14 -

E. 27

Quant à l'assuré, il a fait opposition à la décision du 22 novembre 2012 en date du 5 décembre 2012, relevant que le Dr E_____ ne l'avait pas examiné et constatant qu'avant l'accident assuré, il n'avait jamais souffert de ce genou. Il était donc sain et ne présentait aucune lésion.

E. 28

Par courrier du 20 décembre 2012, l'assuré a refusé, pour des motifs familiaux, le séjour à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION proposé par la SUVA.

E. 29

En raison d'une protrusion ostéo-cartilagineuse de la greffe en mosaïque de la rotule au genou gauche, une nouvelle arthroscopie, tendant à l'égalisation ostéo-cartilagineuse, a été effectuée le 10 décembre 2012.

E. 30

Le 16 janvier 2013, une IRM du genou droit a été effectuée. Selon le rapport y relatif, daté du même jour, les atteintes suivantes ont été constatées : une fissuration horizontale des cornes moyenne et postérieure du ménisque interne se prolongeant par une déchirure fragmentant focalement le bord libre, bordé d'une chondropathie fémoro-tibiale interne à focalisation condylienne au stade III, une discrète chondropathie fémoro-patellaire ainsi que de probables séquelles de déchirure proximale du ligament collatéral interne.

E. 31

Copie du rapport du 16 janvier 2013 a été adressée à la SUVA, par courrier du 20 janvier 2013, par l'assuré.

E. 32

Dans un rapport intermédiaire du 21 février 2013, le Dr B_____ a considéré que l'évolution, au niveau du genou gauche, était lentement favorable, avec une diminution des épisodes de gonflement, une récupération d'une mobilité, quelques grincements rotuliens en parties physiologiques. Des douleurs à la charge étaient toujours constatées. Le pronostic était favorable mais la reprise du travail n'était toujours pas prévue.

E. 33

Le dossier médical de l'assuré a été soumis au Dr E_____ pour un complément d'appréciation s'agissant du genou droit. Dans un avis du 11 mars 2013, le médecin précité a considéré que l'échographie et l'IRM démontraient assez clairement l'existence d'un état antérieur, avec la présence de lésions de type chondropathie fémoro-tibiale interne et chondropathie fémoro-patellaire, qui n'étaient pas d'origine traumatique mais dégénérative. Quant au kyste poplité, il ne pouvait pas non plus être considéré comme une pathologie traumatique. Après avoir relevé que dans la déclaration d'accident ainsi que sur les certificats établis dans les six mois suivant l'événement traumatique, le genou droit n'était pas mentionné, le Dr E_____ a considéré que la symptomatologie au niveau de cette articulation était de type maladif, sans qu'il n'existât une relation de causalité au degré de la probabilité entre l'accident assuré et les lésions constatées.

E. 34

Par décision sur opposition du 18 mars 2013, la SUVA a confirmé sa décision du 22 novembre 2012, considérant qu'il n'existait aucun élément permettant de douter

A/1226/2013 - 7/14 - du bien-fondé du rapport du Dr E_____. Par ailleurs, le fait que l'assuré ne souffrait pas de son genou avant l'accident n'était pas pertinent. Enfin, la SUVA relevait que l'assurance-maladie avait accepté d'engager sa responsabilité.

E. 35

Quant à HELSANA, elle a retiré son opposition du 29 novembre 2012, par courrier du 28 mars 2013, précisant toutefois que cela ne signifiait pas qu'elle était d'accord avec l'évaluation de la SUVA mais qu'elle n'entendait pas effectuer d'action juridique.

E. 36

Suspectant un dérangement interne du genou droit, avec des lésions méniscales internes et une chondropathie de stade III du condyle interne en zone de charge, le Dr B_____ a procédé, en date du 11 mars 2013, aux interventions suivantes : arthroscopie, ménisectomie partielle, shaving et micro-fractures.

E. 37

Par écriture du 17 avril 2013, l'assuré (ci-après : le recourant) interjette recours concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 18 mars 2013 et à la prise en charge, par la SUVA, de l'intégralité des frais découlant des troubles du genou droit, subsidiairement à la réalisation d'une expertise médicale, à la constatation que les troubles subis sont en lien de causalité avec l'accident assuré, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à la SUVA pour nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de son recours, il explique notamment que s'il n'avait pas dû reporter tout son poids sur son genou droit en raison de l'accident à son genou gauche, le genou litigieux n'aurait pas été atteint ou du moins pas de la même manière. Le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate était dès lors établi au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet, les Drs B_____, F_____ et G_____ avaient fait état de « fatigue », « zone de charge » et « zones de surcharge ».

E. 38

Le même jour, le Dr B_____ a adressé à la SUVA un rapport intermédiaire portant sur le genou gauche, répétant les diagnostics d'ores et déjà connus et qualifiant l'évolution de

lentement favorable depuis l'arthroscopie, avec une décrue progressive de l'épanchement mais toutefois la persistance de craquements à la flexion complète. L'assuré supportait bien la charge complète et constante imposée par la décharge du genou droit récemment opéré. Le pronostic était plutôt favorable mais il était peu probable que l'assuré pût retrouver une capacité de travail dans tous les métiers de la construction. Une demande de reclassement auprès de l'assurance-invalidité était en cours.

E. 39

Le 17 juin 2013, sous la plume de son Conseil, la SUVA (ci-après : l'intimée) répond au recours, concluant à son rejet. A l'appui de sa position, elle rappelle qu'il n'a jamais été fait mention, dans les pièces médicales du dossier, au cours des mois qui ont suivi l'accident assuré, d'une lésion éventuelle du genou droit. Par ailleurs, la nature malade des lésions de ce genou a été confirmée par le Dr E_____ dans une appréciation médicale contre laquelle le recourant lui-même n'apporte

A/1226/2013 - 8/14 - aucun argument concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé des prises de position motivées. Il n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles l'avis du Dr E_____ ne serait pas concluant, vierge de contradictions intrinsèques ou infondé. Pour la défenderesse, ladite appréciation dispose donc d'une entière valeur probante.

E. 40

Sur quoi, le cas a été gardé à juger.

EN DROIT 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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions 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 345 consid. 3). 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. 4. Le litige porte sur le refus, par la SUVA, de prendre en charge les suites de l'atteinte au genou droit et singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et l'atteinte au genou droit. 5. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de

A/1226/2013 - 9/14 - l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). 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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 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. Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2; ATF non publiés 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). 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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341; RAMA 1999 no U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. b/bb) Le Tribunal fédéral a notamment considéré qu'un mauvais appui en raison d'une blessure au pied ou à la jambe ou encore un raccourcissement de la jambe, etc. peuvent entraîner des douleurs au dos, pouvant être qualifiées de séquelles accidentelles indirectes (RAMA 2003 n°U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2, ATF non

A/1226/2013 - 10/14 - publié U 522/06 du 12 octobre 2007, consid. 5.1). Cependant, une boiterie d'évitement n'est pas propre à causer une surcharge des vertèbres en l'absence d'une déformation grave supplémentaire (comme une différence de la longueur des jambes ou d'une arthrose de la hanche) (ATF non publié 8C_248/2008 du 4 juillet 2008, consid. 3.2). Dans ce contexte, notre Haute Cour a également considéré que les symptômes d'un mauvais appui en tant que séquelle indirecte d'un accident pouvaient apparaître tardivement (voir ATF non publié 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2 et ATF non publié U 303/06 consid. 6.2.1). c) 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). En d'autres termes, en présence d'une atteinte à la santé physique, les liens de causalité naturelle et adéquate se recouvrent en grande partie (ATF 134 V 109 consid. 2). 6. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les

A/1226/2013 - 11/14 - art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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 351 consid. 3a). c) 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA 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. c/aa) 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). 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/1226/2013 - 12/14 - c/bb) Par ailleurs, 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/bb et cc). d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 7. En l'espèce, l'intimée se fonde sur deux appréciations du Dr E_____ pour refuser de prendre en charge les suites de l'atteinte au genou droit, considérant que lesdits troubles ne sont pas d'origine traumatique, mais malade, de sorte qu'il y a lieu de nier le lien de causalité avec l'accident. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces deux rapports. a) La Cour relève, en premier lieu, que les appréciations du Dr E_____ se fondent sur un dossier qui contient suffisamment d'appréciations de médecins ayant personnellement examiné le recourant, de sorte qu'une pleine valeur probante peut leur être reconnue pour autant que les autres conditions soient réalisées. S'agissant de ces dernières, la Cour de céans ne peut toutefois se prononcer pour les motifs suivants. Dans ses deux appréciations, le Dr E_____ a examiné la question uniquement sous l'angle du lien de causalité directe. Or, dans un courriel du 11 novembre 2012, le Dr B_____ a indiqué que les symptômes (épanchements à répétition et importantes douleurs) étaient certainement liés à une surcharge après un an de

A/1226/2013 - 13/14 - cannes et d'appui, ce qui tendrait à retenir un lien de causalité naturelle indirecte (voir ATF U 210/04 consid. 4.2 et l'ATF non publié 8C_684/2008 du 5 janvier 2009, dans lesquels le Tribunal fédéral a renvoyé la cause pour instruction complémentaire sur l'existence d'un lien de causalité indirecte). Ainsi, dans la mesure où le Dr E_____ ne se prononce pas sur la question du lien de causalité naturelle indirecte, son rapport est lacunaire et la Cour de céans ne peut s'y fier pour se prononcer sur la validité des décisions prises par la SUVA. On ne saurait toutefois nier toute valeur probante aux rapports du Dr E_____, ce dernier ne s'étant en réalité jamais prononcé sur la question du lien de causalité indirecte entre l'accident assuré et les troubles au genou droit. Partant, dès lors qu'il s'agit en réalité de trancher une question qui n'a, jusqu'alors, fait l'objet d'aucun éclaircissement (causalité indirecte), il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, pour qu'elle procède à une instruction médicale complémentaire sur la question de la causalité indirecte, en mandatant un spécialiste FMH en orthopédie pour expertise. Ce n'est que lorsque l'expert se sera prononcé sur cette question que l'instruction médicale sera complète et que le bien-fondé de la décision de la SUVA pourra être examiné. 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition du 18 mars 2013 et la décision du 22 novembre 2012 qu'elle confirme seront annulées et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1226/2013 - 14/14 - 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.