

GE_GERICHTE ATAS/863/2016 vom 26. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_863_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/863/2016 du 26 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/863/2016 del 26 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 6 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-militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAM, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance militaire, 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).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée à la suite de sa réannonce du 9 mars 2014, plus particulièrement sur l'étendue de la responsabilité de l'intimée quant aux affections annoncées pendant les services civils de novembre-décembre 2011 et 2012.

E. 5

a) Selon l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1); elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est avec certitude antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas avec certitude avoir été causée pendant

A/1658/2016 - 8/19 - ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas avec certitude été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b). Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2, let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2, let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, première phrase, LAM). La responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée

pendant le service est fondée sur le principe dit de la « contemporanéité », en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire. Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique. La preuve de la certitude que doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique et scientifique, mais dans son acception empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue (ATF 111 V 141 consid. et les références citées; voir aussi ATF 111 V 370 consid. 1b; SVR 2008 MV n° 3 p. 7, arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 consid. 4.1). b) Aux termes de l'art. 6 LAM, si l'affection est constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire, ou si des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service ou seulement s'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante qu'il s'agit de séquelles tardives ou de rechute d'une affection assurée. La responsabilité pour les affections constatées et annoncées après le service est régie par le principe de causalité (Jürg MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], Berne 2000, n. 8 ad art. 6). Lorsque le droit éventuel à des prestations de l'assurance militaire doit être tranché à l'aune de l'art. 6 LAM, il appartient à la partie qui demande des prestations d'établir l'existence d'une relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est-à-dire conformément à la règle de preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales, faute de quoi elle risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 123 V 137 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 6). c) La différence entre les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 et l'art. 6 LAM réside notamment dans le fait que, dans le premier cas, un lien de causalité adéquate entre l'affection et les influences subies pendant le service est présumé, cette présomption ne pouvant être écartée que par la preuve certaine de l'absence d'un tel lien, alors que dans le second cas, l'existence de conséquences d'influences subies pendant le service doit être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 123 V 137 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2013, op. cit., consid. 3).

A/1658/2016 - 9/19 - Pour déterminer quelle règle de preuve s'applique dans un cas concret, il faut au préalable trancher la question de savoir si l'affection s'est manifestée et a été annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service ou si – au contraire – elle a été constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire. Cette question n'est pas régie par les exigences de preuve accrues de l'art. 5 LAM, mais par la règle de preuve de la vraisemblance prépondérante appliquée généralement en matière d'assurances sociales (ATF 105 V 225 consid. 3a).

E. 6

Une affection (respectivement l'aggravation d'une affection antérieure au service) s'est déjà manifestée au sens de l'art. 5 LAM, lorsque des douleurs ou symptômes quelconques ont déjà été annoncés ou constatés, qui sont vraisemblablement liés à l'affection invoquée, à savoir qui doivent appartenir selon l'expérience médicale au complexe symptomatique de l'atteinte à la santé pour laquelle des prestations sont réclamées. Il n'est pas nécessaire, pour que les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 LAM s'appliquent, qu'un diagnostic - et

encore moins le diagnostic exact - ait été posé déjà pendant le service (ATF 111 V 370 consid 1b; ATF 105 V 225 consid 3a; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2013, op. cit., consid. 5.2). Est antérieure au service au sens de l'art. 5 al. 2 LAM une affection qui existait déjà avant le début du service. Il doit s'agir d'une maladie, d'un accident, respectivement des séquelles d'un accident ou d'une maladie; une simple prédisposition ne constitue pas encore une maladie. Il y a antériorité à condition que l'affection ait pris naissance avant le service. Est déterminant le début de la maladie, c'est-à-dire le moment où toutes les causes sont données et le processus pathologique a commencé (Jürg MAESCHI, op. cit, n. 26 ad. art. 5; ATFA 1955 p. 155 ss). L'assurance militaire supporte non seulement les conséquences d'une éventuelle absence de preuve (fardeau objectif de la preuve), mais c'est aussi elle qui a la charge de la preuve (fardeau subjectif de la preuve [cf. Jürg MAESCHI, op. cit., n. 37 ad. art. 5-7]).

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 (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). b) 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 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.

A/1658/2016 - 10/19 - 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). 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). Lorsqu'une décision administrative

s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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).

A/1658/2016 - 11/19 -

E. 9

En l'espèce, l'intimée a reconnu sa responsabilité pour une intolérance au lactose pour autant que ce diagnostic soit confirmé par de nouveaux tests, notamment génétiques. Cette intolérance a motivé le recourant à consulter le Dr B_____ le 6 décembre 2011, soit durant le service civil accompli du 28 novembre au

E. 12

décembre 2011, ce médecin ayant posé un diagnostic à la suite d'analyses sanguines effectuées le 13 décembre 2011. L'intimée a également reconnu sa responsabilité pour une gastrite sur infection par *Helicobacter pylori* diagnostiquée le 17 janvier 2013 à la suite d'une biopsie pratiquée par gastroscopie le 11 janvier 2013. Elle a considéré que les troubles digestifs ayant justifié la consultation du Dr B_____ le 30 novembre 2012, soit pendant le service civil accompli par le recourant du 26 novembre au 21 décembre 2012, étaient les symptômes de cette affection. Elle a pris en charge les frais de traitement de ces affections jusqu'au

E. 13

Il reste à examiner si la facture concernant l'examen du Dr B_____ du 1er septembre 2014 est à la charge de l'intimée. Selon le rapport de ce médecin du 4 décembre 2014, la consultation concerne un problème gastrique avec traitement par éradication d'*Helicobacter pylori*, un ronflement nocturne et une pharyngite. Le recourant soutient que les investigations entreprises à la suite des services civils de 2011 et 2012 auraient révélé des affections concomitantes qui n'expliquent que très partiellement la persistance des symptômes et qui ne permettent pas d'exclure l'existence d'une affection principale non traitée. Il en conclut que l'intimée doit continuer à verser ses prestations jusqu'à ce que les troubles gastriques dont il souffre fassent l'objet d'un diagnostic définitif. En l'espèce, le recourant ne prétend pas, à juste titre, que la pharyngite et les ronflements nocturnes sont en lien avec les services civils de 2011 et 2012. Par conséquent, il s'agit uniquement de

déterminer si le problème gastrique doit être pris en charge par l'intimée en application de l'art. 6 LAM.

E. 14

a) L'art. 6 LAM s'applique dans plusieurs éventualités, à savoir lorsque l'annonce initiale de l'affection est postérieure au service; lorsqu'une affection est annoncée à nouveau comme une rechute; lorsqu'une affection est annoncée en tant que séquelles tardives. En cas de rechute ou de séquelles tardives, la responsabilité de l'assurance militaire n'est engagée que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'affection assurée et, dans une certaine

A/1658/2016 - 16/19 - mesure, avec des influences subies pendant le service (ATF 111 V 370 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_395/2015 du 26 février 2016 consid. 3). Le concept de lien de causalité naturelle et de lien de causalité adéquate, lorsqu'il s'applique dans le domaine de l'AM, est identique à celui figurant dans la loi sur l'assurance-accidents (ATF 122 V 28 consid. 2b). Dans le cadre de l'art. 6 LAM, il est décisif que l'existence du rapport entre l'atteinte à la santé et l'affection apparue en service soit plus vraisemblable que son inexistence. La simple possibilité d'un tel rapport ne suffit pas (ATF 111 V 370 consid. 2b). b) 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 maladie qui se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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). Les séquelles tardives et les rechutes ne doivent pas être confondues avec les récurrences. Il y a récurrence lorsqu'après une guérison effective et une récupération de la capacité de travail, la même atteinte à la santé réapparaît. Dans la mesure où il ne s'agit pas ici des conséquences d'une atteinte à la santé déjà précédemment assurée, un rapport de causalité n'est pas en considération (Franz SCHLAURI, Die Militärversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., 2007, n° 76). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la responsabilité de l'assurance militaire n'est engagée que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'affection assurée et, dans une certaine mesure, avec des influences subies pendant le service. 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 (RAMA 1997 n° U 275 p.188 consid. 1c p. 191). Une responsabilité pour séquelles tardives et rechutes selon l'art. 6 LAM a pour condition qu'on puisse - malgré l'identité avec une atteinte à la santé assurée précédemment et reconnue - admettre juridiquement une nouvelle maladie. S'il subsiste un cas en cours (selon l'art. 5 ou 6 LAM), l'obligation ultérieure de prester doit être examinée non pas selon la question préalable de l'art. 6 LAM, mais sur la base de la constellation de responsabilité appliquée jusqu'ici (selon l'art. 5 ou 6 LAM). La pratique exige régulièrement un intervalle libre de douleurs suffisamment long pour pouvoir admettre juridiquement une nouvelle maladie. Le délai doit être déterminé selon la nature des troubles en question. La pratique va de quelques semaines à plusieurs mois. Il faut admettre juridiquement l'existence d'un nouveau cas lorsque, dans le cadre d'un cas en cours, il se produit une nouvelle atteinte à la

santé et il faut également procéder à une nouvelle appréciation selon

A/1658/2016 - 17/19 - l'art. 6 LAM lorsque les troubles actuels semblent être un développement des troubles anciens (Franz SCHLAURI, op. cit., n. 78). c) Ces rechutes et séquelles tardives se distinguent à leur tour des nouvelles affections sans relation temporelle ou matérielle avec une affection engageant la responsabilité de l'assurance militaire au sens de l'art. 5 et 6 LAM. Dans ce cas, la question de la causalité avec l'affection subie pendant le service ne se pose plus. La responsabilité de l'assurance militaire doit être examinée de manière indépendante selon la règle de l'art. 6 LAM. Il y a nouvelle affection notamment s'il y a de nouveaux symptômes sans rapport avec l'affection assurée ou si cette dernière peut être considérée comme guérie, notamment lorsqu'il s'est écoulé un intervalle suffisamment long durant lequel l'intéressé n'a plus ressenti de douleurs (arrêt du Tribunal fédéral R. du 17 juin 1996). d) En cas d'affections évoluant par poussées successives ou exacerbations, l'assurance militaire ne doit répondre que de la poussée ou de l'exacerbation qui s'est manifestée pendant le service (art. 4 et 5 LAM) ou qui a probablement été causée par des influences subies pendant le service (art. 6 LAM). Lorsque la poussée apparue pendant le service est guérie ou lorsqu'il y a rémission de l'exacerbation, la responsabilité de l'assurance militaire pour les poussées ou exacerbations ultérieures est dérogée (Gustavo SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, p. 292; ATFA 1957 p. 171). La pratique part du principe que ce n'est pas la maladie principale, mais les poussées qui valent comme affection au sens de la LAM, parce que chaque poussée nécessite des facteurs déclenchants. Pour admettre l'existence d'une nouvelle maladie, il est déterminant que la poussée précédente puisse être considérée comme guérie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances M 11/04 du 19 mai 2005 consid. 1). En l'espèce, le recourant allègue que la consultation du 15 septembre 2014 concerne les mêmes symptômes que ceux qui se sont manifestés lors des services civils de 2011 et 2012, de sorte que la responsabilité de l'intimée continue à être engagée. En l'occurrence, le recourant perd de vue que les symptômes qu'il a annoncés en service sont très généraux et sont multifactoriels selon la Dresse D_____, alors que des diagnostics précis ont été posés à la suite des services civils de 2011 et de 2012. Dans la mesure où l'intolérance au lactose est provoquée par une carence en lactase et nécessite uniquement des conseils diététiques, elle ne peut pas entraîner une prise en charge par l'assurance militaire dépassant quelques jours. S'agissant de la gastrite chronique à *Helicobacter pylori*, il s'agit d'une affection évoluant par poussées, de sorte que seule la poussée apparue pendant le service engage la responsabilité de l'assurance militaire jusqu'à rémission de l'exacerbation. Or, celle-ci est en tout cas intervenue le 10 mars 2014 puisque le test respiratoire pour l'*Helicobacter pylori* s'est révélé négatif à la suite du traitement médicamenteux entrepris.

A/1658/2016 - 18/19 - Le recourant ne prétend pas souffrir d'une nouvelle poussée de la gastrite chronique, mais qu'au vu de la persistance des symptômes gastriques, on ne peut pas exclure l'existence d'une affection principale non traitée. Étant donné que les symptômes invoqués sont sans rapport avec la gastrite chronique à *Helicobacter pylori* qui est guérie, il s'agit d'une nouvelle affection et la responsabilité de l'assurance militaire doit être examinée de manière indépendante selon la règle de l'art. 6 LAM. Dans un tel cas, il appartient au recourant d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate avec le service. Or, selon l'appréciation de la Dresse D_____ du 12 décembre 2014, les nouveaux troubles digestifs ne sont pas des séquelles tardives ou des rechutes des troubles assurés, mais doivent être considérés comme

une nouvelle maladie puisque, à la suite de l'éradication de l'*Helicobacter pylori*, l'épisode de gastrite est guéri et celle-ci n'est plus à charge de l'assurance militaire. Pour sa part, le recourant ne produit aucune appréciation médicale contredisant l'évaluation du médecin d'arrondissement, de sorte qu'il n'est pas en mesure d'établir un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre lesdits troubles digestifs et le service civil. Par conséquent, l'intimée a refusé à juste titre la prise en charge de la consultation du 15 septembre 2014.

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1658/2016 - 19/19 - 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.