

GE_GERICHTE ATAS/87/2018 vom 1. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_87_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/87/2018 du 1 février 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/87/2018 del 1 febbraio 2018

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

À 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 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 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 1ère phrase LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

A/61/2017 - 14/24 - Compte tenu de la suspension du délai et du report précités, le recours du lundi

E. 9

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. 3.2 et ATF 125 V 456 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

A/61/2017 - 16/24 -

E. 10

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec 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 lorsqu'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 (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).

E. 11

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). 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). 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. À 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

A/61/2017 - 17/24 - 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). 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement

A/61/2017 - 18/24 - vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 12

Le juge des assurances sociales doit 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. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 13

En l'espèce, l'intimée considère, sur la base du rapport d'expertise du Dr J_____ et des appréciations du Dr H_____, que les atteintes à la santé présentées par la recourante ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec le sinistre assuré à partir du 8 janvier 2016 et qu'elles sont manifestement d'origine dégénérative. La recourante quant à elle soutient que les troubles encore présents au niveau de sa hanche gauche sont en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 22 mai 2014. Elle conteste la valeur probante des rapports précités et leur oppose les avis du Dr G_____.

E. 14

Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces documents.

E. 15

En ce qui concerne le rapport d'expertise du 3 février 2016, le Dr J_____ a pris en considération les plaintes de la recourante, présenté des anamnèses détaillées et procédé à des examens approfondis. S'il n'a pas énuméré les documents en sa possession, il n'en demeure pas moins que ceux-ci sont facilement identifiables dès lors que l'expert les a expressément cités dans l'anamnèse et dans la partie de son rapport dévolue à l'interprétation du dossier radiologique. En revanche, il n'est pas possible de considérer que l'expert a rendu ses conclusions en pleine connaissance de cause, bien qu'il ait tenté de compléter le dossier lacunaire de l'intimée en sollicitant des pièces complémentaires et en recueillant des informations détaillées auprès de la recourante. À cet égard, il est relevé que le Dr J_____ semble avoir été en mesure de consulter l'IRM de la colonne lombaire du 23 avril 2014, le scanner du bassin et de la cheville gauche du

A/61/2017 - 19/24 - 23 mai 2014, l'IRM cervicale du 22 septembre 2014, les rapports relatifs à l'infiltration lombaire du 28 août 2014 et à l'infiltration de la hanche du 24 août 2015, les radiographies du pied gauche du 15 décembre 2015, documents qui n'ont pas été produits dans le cadre de la présente procédure et qui ne sont vraisemblablement pas en possession de l'intimée. Cependant, certains examens n'ont été ni résumés ni commentés, en particulier les premiers examens radiologiques réalisés aux HUG le jour du sinistre, de sorte que tout porte à croire que leurs résultats n'étaient pas connus de l'expert. De même, le dossier communiqué au Dr J_____ ne contient aucun rapport du docteur M_____.

médecin consulté par la recourante dans les suites de l'accident et qui a attesté d'une incapacité de travail, ni du chiropraticien qui a suivi l'intéressée à l'automne 2015. Le manque d'instruction de la part de l'intimée entraîne en outre des constatations inexactes puisque les périodes d'incapacité de travail retenues par l'expert correspondent à celles mentionnées dans les rapports de la Dresse C_____ des 25 et 26 août 2014, lesquels apparaissent toutefois incomplets eu égard aux certificats produits par la recourante à l'appui de son écriture du 28 mars 2017. En outre, la chambre de céans est d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En ce qui concerne plus particulièrement les troubles présentés à la hanche gauche, l'expert a retenu le diagnostic de douleurs « vraisemblablement » sur une tendinite proximale du droit antérieur, « secondaires » à une mauvaise démarche post-raideur de la chaîne musculaire postérieure et à une entorse de la cheville gauche. Il a exposé que la colonne lombaire avait subi une contusion et « pouvait » avoir été impactée, ajoutant qu'il se « pouvait » également que les douleurs soient apparues secondairement à une mauvaise démarche. Il a indiqué que c'était environ depuis le mois d'août 2014 que la recourante relatait des douleurs dans la fesse gauche et dans le pli inguinal gauche, et a conclu que la démarche de la recourante entraînait une surcharge du faisceau antérieur du ligament latéral, voire des péroniers. La chambre de céans observera tout d'abord que l'argumentation de l'expert repose sur des suppositions et qu'il n'a pas justifié les motifs pour lesquels il ne retenait en définitive pas que la colonne lombaire ait été « impactée » lors du sinistre. À ce propos, il sied de relever une divergence notable entre les avis du Dr J_____ et du Dr G_____ puisque le premier a considéré qu'il n'y avait pas de modification de l'état du rachis lombaire entre l'IRM de contrôle du 23 avril 2014 réalisée après la chute à ski et celle du 18 août 2014, alors que le médecin traitant a indiqué, dans son rapport du 1er décembre 2014, que les discopathies L4-L5 et L5-S1 observées lors de l'IRM du 18 août 2014 étaient aggravées par rapport à l'examen antérieur, sous la forme d'une petite hernie discale distale L5-S1. L'expert n'a toutefois pas commenté ce désaccord. De plus, le Dr J_____ a lui-même relevé que la surcharge du faisceau antérieur du ligament latéral n'avait été mise en évidence sur aucun examen. Une telle surcharge du

A/61/2017 - 20/24 - ligament latéral, voire des péroniers, n'a d'ailleurs été retenue par aucun autre spécialiste et est fermement contestée par le médecin traitant de la recourante. Il sera ensuite rappelé que la recourante a immédiatement signalé des douleurs au niveau du bassin et de la hanche, comme en attestent les rapports de la Dresse C_____ des 25 et 26 août 2014, confirmés par le rapport de police du

E. 17

Enfin, les rapports du Dr G_____ ne contiennent pas d'anamnèse détaillée, ne font pas état d'examen complet et leurs conclusions sont insuffisamment motivées. En effet, le médecin traitant a contesté l'existence d'une tendinite proximale du droit antérieur et considéré que sa patiente souffrait d'une lésion traumatique intra articulaire de l'articulation coxo-fémorale gauche, décompensée par la boiterie et provoquée avec une très haute probabilité par le traumatisme, sans livrer la moindre précision sur la nature d'une telle lésion traumatique. En outre, le Dr G_____ n'a pas indiqué les éléments lui permettant de considérer que les géodes sous-chondrales seraient d'origine traumatique, et non pas dégénératives, sa seule argumentation consistant à affirmer qu'il n'était pas possible de réfuter l'origine accidentelle quant à leur présence. En ce qui concerne l'injection corticoïde intra articulaire du 24 août 2015, les parties n'ont produit aucune pièce y relative. Il ressort

uniquement du rapport d'expertise du Dr J_____. que la recourante a déclaré que l'injection n'avait pas apporté de franche amélioration et qu'elle a signalé une réaction allergique. Il n'apparaît donc pas que la recourante aurait « très bien répondu » à l'injection, comme retenu par le Dr G_____. Enfin, dans son courriel du 21 mars 2017, le médecin traitant a mentionné que la lésion traumatique dont souffrait la recourante pouvait être assimilée à une « déchirure du ménisque », affirmation dénuée de toute explication mais qui paraît se référer au labrum, lequel est un anneau de fibrocartilages à l'instar du ménisque. Or, aucune atteinte du labrum n'a été constatée ni même évoquée, de sorte que ce

A/61/2017 - 22/24 - nouvel avis du médecin traitant apporte plus de confusion que d'éclaircissement quant à la nature exacte des lésions qu'il estime avérées. Pour le surplus, la chambre de céans rappellera que notre Haute cour a expressément jugé que la notion de déchirure du ménisque ne saurait être étendue par analogie à d'autres points du corps ayant la même fonction et la même nature que le ménisque, en particulier le labrum acétabulaire de la hanche (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011).

E. 18

Partant, il apparaît que la décision attaquée repose sur une instruction manifestement insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de se prononcer sur le retour à un statu quo avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière.

E. 19

Une instruction complémentaire s'avère ainsi nécessaire afin de clarifier les troubles dont souffre la recourante au niveau de la hanche gauche et déterminer si des facteurs étrangers à l'accident assuré (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) ont contribué, avec le sinistre en question, à ces atteintes, cas échéant dans quelle mesure. Il conviendra également d'examiner si les éventuels facteurs étrangers sont devenus ou deviendront, à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (statu quo sine ou statu quo ante atteint).

E. 20

Il y a donc lieu d'ordonner une expertise orthopédique, laquelle sera confiée au docteur XXX. Ce dernier sera invité à déterminer, lors de l'examen de la recourante, s'il est nécessaire de la soumettre à un examen rhumatologique ou à un autre spécialiste et, dans l'affirmative, à en informer la chambre de céans afin qu'elle puisse ordonner une expertise complémentaire. Les questions complémentaires requises par la recourante seront intégrées à la mission d'expertise.

A/61/2017 - 23/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement : 1. Ordonne une expertise orthopédique et commet à cette fin le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, GHOL, Hôpital de N_____. 2. Dit que l'expert aura pour mission d'examiner et d'entendre la recourante, après avoir pris connaissance de son dossier (y compris le dossier radiologique), et l'avoir complété, si nécessaire, en requérant tous les éléments utiles, en s'entourant de l'avis de tiers et en requérant au besoin des examens supplémentaires. Il est en particulier invité à prendre contact avec le Dr G_____ pour discuter du cas. 3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : a. Anamnèse détaillée. b. Données subjectives de la recourante. c. Constatations objectives. d. Diagnostic(s) précis. e. Indiquer depuis quand ces atteintes sont présentes chez la recourante

et comment elles ont évolué. f. Décrire leur évolution avant l'accident du 22 mai 2014 et après. g. Dire si la ou les lésions de la hanche gauche de la recourante est/sont imputable(s) à l'événement accidentel du 22 mai 2014 et, si oui, lesquelles. h. L'accident du 22 mai 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) des atteintes à la hanche gauche ? i. Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ? j. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 22 mai 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ? k. La recourante présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes de la hanche gauche ? l. Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse. m. L'accident du 22 mai 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement ?

A/61/2017 - 24/24 - n. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%), les seules causes influant sur l'état de santé de la recourante (statu quo sine ou statu quo ante atteint) ? o. Commenter et discuter le rapport d'expertise du Dr J_____ du 3 février 2016. p. Commenter et discuter les rapports du Dr G_____ des 1er décembre 2014, 16 mars 2015, 26 février et 22 juin 2016 ainsi que son courriel du 21 mars 2017. q. Commenter et discuter les rapports du Dr H_____ des 19 mai 2015 et 11 mars 2016. r. Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions des médecins précités sur la question des diagnostics et/ou du statu quo sine ou ante, veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse. s. Formuler un pronostic global. t. Faire toute remarque utile et proposition. 4. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 5. Réserve le sort des frais. 6. Réserve le fond.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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