

GE_GERICHTE ATAS/901/2015 vom 24. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_901_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/901/2015 du 24 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/901/2015 del 24 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

a. 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 par 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accident confirmant la mise d'un terme à des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant précisé que le délai de recours n'a commencé à courir que le 16 août 2015 (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues

A/2733/2014 - 10/19 - par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 22 janvier 2014 pour les suites de l'accident qu'il a subi le 8 janvier 2014. Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions de 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

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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). En vertu d'une délégation de compétence figurant à l'art. 6 al. 2 LAA, visant à éviter, au profit des assurés, la distinction souvent difficile entre maladie et

accident, le Conseil fédéral a assimilé à un accident – donc inclus dans l'assurance-accidents – les lésions corporelles suivantes, énumérées exhaustivement à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, et même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan. 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 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

A/2733/2014 - 11/19 - comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Les lésions assimilées à un accident, selon l'art. 9 al. 2 OLAA, le sont 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). 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, voulant qu'en matière d'assurances sociales les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; ATF 126 V 319 consid. 5a ; 125 V 193 consid. 2). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Demeure toutefois réservé le cas des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA), qui le sont – et le restent – tant que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_381/2014 du 11 juin 2015 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2). 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 ; RAMA 1999 n. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). 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. 3.2 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

A/2733/2014 - 12/19 -

E. 4

a. Le devoir qu'a l'assurance-accidents d'allouer des prestations lorsque le lien de causalité a été établi cesse lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, question qu'il y a lieu d'examiner en principe selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, le cas des lésions assimilées à un accident restant réservé (cf. ci-dessus consid. 3b). Ainsi, 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 ou plus 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 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas à justifier la cessation du versement des prestations (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut ainsi liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380).

E. 5

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 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

A/2733/2014 - 13/19 - 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. Étant 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). bb. 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 ; il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). cc. Une appréciation médicale, respectivement 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

A/2733/2014 - 14/19 - dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 6

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient à l'administration, respectivement au juge, d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n. U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le 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. 46 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas nécessairement 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 7

En l'espèce, alors que tant l'IRM du 22 janvier 2014 que l'opération du 31 janvier 2014 avaient déjà été effectuées, l'intimée s'était engagé, le 3 février 2014, à prendre en charge le séjour hospitalier du recourant pour ladite opération, sans faire

A/2733/2014 - 15/19 - de réserve s'agissant des autres prestations qu'elle serait appelée à fournir en lien avec l'événement du 8 janvier 2014 au titre de l'assurance-accidents, en particulier les frais médicaux et la perte de salaire. C'est par la suite que, sur la base de l'avis de son médecin-conseil du 21 février 2014, l'intimée a décidé, le 17 mars 2014, de mettre un terme à ses prestations avec effet rétroactif au 17 janvier 2014, échéance reportée au 22 janvier 2014 par la décision sur opposition du 4 août 2014, présentement attaquée. Selon elle, l'accident n'avait causé qu'une aggravation temporaire d'un état maladif préexistant, en l'occurrence de nature dégénérative, et ce pour une durée de deux semaines ; dès le 23 janvier 2014, les troubles du recourant relevaient le cas échéant de l'assurance-maladie, mais plus de l'assurance-accident. Le recourant est de l'avis contraire que, notamment, l'opération du 31 janvier 2014 a été nécessaire pour soigner les suites de l'accident, eu égard aux douleurs mais aussi aux limitations fonctionnelles qu'il éprouvait à

la suite et en raison de cet accident, même s'il était possible qu'une atteinte dégénérative préexistante, jusqu'alors indolore et non handicapante, ait exercé une influence sur la survenance des lésions.

E. 8

Il n'est pas en soi décisif, en l'espèce, que les avis des parties s'appuient sur des rapports médicaux émanant respectivement du médecin traitant du recourant et du médecin-conseil de l'intimée. Quand bien même la jurisprudence incline en général à faire montre d'une certaine circonspection à l'endroit de rapports établis par le médecin traitant d'un assuré en considération du lien de confiance liant le médecin traitant à son patient, alors qu'elle relève que le lien du médecin-conseil à l'égard de l'assureur (soit un lien de subordination s'il en est l'employé) ne rejaillit pas forcément sur l'indépendance de ses avis médicaux, il n'y a pas en l'occurrence de raison de donner a priori plus de crédit à l'un ou l'autre des deux médecins considérés en raison de leur lien avec respectivement l'assuré et l'assureur. Il sied aussi de relever que les deux médecins considérés sont des médecins spécialistes en chirurgie orthopédique ; une absence de spécialisation dans la discipline médicale dans laquelle la question à trancher se pose tendrait à affaiblir l'avis émis par un médecin ne l'ayant pas. C'est au regard du contenu des rapports médicaux – autrement dit du point de savoir lesquels fournissent une étude fouillée des points litigieux, fondée sur des examens complets, prenant en compte les plaintes de l'intéressé, effectuée en connaissance de cause du dossier, et comportent des conclusions convaincantes – qu'il faudrait pouvoir déterminer lequel des avis médicaux considérés doit se voir reconnaître la plus forte valeur probante. À défaut de pouvoir le faire, parce que subsisteraient des doutes sur la fiabilité et la pertinence desdits avis ne permettant pas de dissiper des divergences les opposant, la chambre de céans devrait poursuivre l'instruction, voire ordonner une expertise. Encore faudrait-il, cependant, que cela soit nécessaire pour résoudre les questions pertinentes.

A/2733/2014 - 16/19 -

E. 9

a. En l'espèce, force est de relever que l'avis du médecin-conseil de l'intimée, repris à son compte par cette dernière, n'apparaît pas convaincant en tant qu'il minimise manifestement, sinon ignore tout simplement sous prétexte de subjectivité (ou de défaut d'objectivation), les vives douleurs, en elles-mêmes handicapantes, en plus des limitations fonctionnelles l'étant aussi, que le recourant a respectivement ressenties et présentées de façon crédible dans le court laps de temps entre l'accident du 8 janvier 2014 et l'opération du 31 janvier 2014, mais ni auparavant ni ultérieurement. Sans doute ne suffit-il pas que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident pour qu'un lien de causalité naturelle avec ce dernier puisse être retenu. Cela relève néanmoins d'une défense fort peu convaincante, ayant des relents de partialité jetant un certain discrédit sur les avis émis, d'objecter qu'un accidenté n'est pas à même de présenter des résultats d'exams médicaux antérieurs à l'accident dans la mesure où, ne ressentant ni douleur ni limitation fonctionnelle, il n'avait alors aucune raison de consulter un médecin et de se soumettre à de tels examens, en quelque sorte préventivement, à seules fins de pouvoir démontrer que des douleurs et limitations fonctionnelles qu'il aurait le cas échéant en cas d'accident, par définition non prévisibles, devraient être imputées à l'accident, et non à une maladie ignorée. Jointe à la brièveté du laps de temps s'étant écoulé entre l'accident et l'opération (soit trois semaines), la considération que les douleurs et les limitations fonctionnelles n'étaient pas

présentes avant l'accident et ont disparu après l'opération commande de relativiser la portée du moyen de défense tiré de la non- applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc ». Le fait que le recourant n'a pas consulté immédiatement un médecin et s'est efforcé de ne pas arrêter de travailler, en dépit de ses douleurs et limitations fonctionnelles, ne saurait en l'espèce se retourner contre lui. Enfin, le médecin-conseil de l'intimée n'a aucunement justifié la limitation à deux semaines seulement de la durée de ce qui n'était selon lui qu'une aggravation temporaire d'un problème dégénératif à caractère maladif, ni avancé d'argument un tant soit peu crédible en faveur de la survenance d'un statu quo sine dès le 23 janvier 2014 (autrement dit d'une apparition dès cette date, en l'absence de l'accident du 8 janvier 2014, de douleurs et de limitations fonctionnelles que le recourant n'avait jusqu'alors respectivement pas ressenties et présentées), étant ajouté qu'il n'a pas soutenu qu'il y avait eu retour à un statu quo ante dès cette date. Il s'est contenté d'affirmer sa conviction qu'une opération aurait été incontournable, dans un délai qu'il s'est cependant gardé de préciser. Il paraît difficile de ne voir qu'un élément fortuit dans le fait que cette limitation à deux semaines, fixée rétroactivement, de la prétendue aggravation temporaire d'un état maladif dégénératif antérieur a pour effet que l'opération du recourant tombe en dehors de ladite période, et, partant, ne doit pas être à la charge de l'intimée. b. La chambre de céans n'exclut pas pour autant que certaines des remarques que le médecin-conseil de l'intimée a faites à l'endroit des rapports du médecin traitant

A/2733/2014 - 17/19 - aient quelque pertinence, en particulier en tant que ce dernier, dans son rapport du 30 septembre 2015, paraissait nier l'existence d'une gonarthrose, alors qu'il en avait fait mention dans son rapport du 15 octobre 2014 et que l'opération avait comporté un geste médical servant à traiter une gonarthrose. Il n'est pas impossible qu'un complément d'instruction, voire une expertise devraient être ordonnés s'il s'agissait de déterminer si et dans quelle mesure la déchirure méniscale complexe constatée était due, au degré de vraisemblance prépondérante (soit dans la perspective retenue par l'intimée), à l'événement accidentel du 8 janvier 2014. Telle n'est toutefois pas la question pertinente.

E. 10

a. En effet, il est avéré que le recourant a présenté une déchirure du ménisque, à savoir une lésion a priori à assimiler à un accident (art. 9 al. 1 let. c OLAA), si bien que la question est de savoir si – de façon clairement établie, donc au-delà du degré de vraisemblance prépondérante – elle est manifestement imputable à une maladie ou des phénomènes dégénératifs, auquel cas cette assimilation devrait être niée ou prendre fin. En l'espèce, il n'est pas contestable que le recourant était atteint, sans en souffrir, de troubles arthrosiques dégénératifs déjà avant son accident du 8 janvier 2014, et il est par ailleurs indéniable que ce dernier a pour le moins aggravé la situation et déclenché les symptômes que le recourant a dès lors présentés en termes de douleurs et de limitations fonctionnelles. Or, une lésion assimilée à un accident l'est même si elle a, 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, ce qui est le cas en l'occurrence. C'est donc à juste titre que l'intimée a accepté initialement d'intervenir. Elle ne pouvait mettre un terme à sa prise en charge du cas que si et à partir de la date à laquelle il était le cas échéant établi que cette cause extérieure ne jouait manifestement plus aucun rôle dans la poursuite des troubles présentés par le recourant et qu'il était ainsi certain que ces derniers ne s'expliquaient plus que pas des causes exclusivement étrangères à l'accident. Or, force est de nier que cette condition était réalisée dès le 23 janvier 2014 et en particulier avant que l'opération n'ait

été effectuée et avait produit ses effets guérisseurs. b. En effet, dans son rapport du 21 février 2014, le médecin-conseil de l'intimée n'a évoqué qu'une probabilité que l'événement accidentel expliquât la poursuite des troubles présentés par le recourant au-delà du 17 janvier 2014 (date corrigée par la suite en 22 janvier 2014), alors que, prenant position le 10 avril 2014 sur cette détermination, le médecin traitant a attribué la déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne du recourant à 100 % à l'accident du 8 janvier 2014. Encore dans son rapport de juillet 2014, le médecin-conseil de l'intimée a indiqué que ce dernier n'avait causé, « selon toute vraisemblance », qu'une aggravation temporaire et non déterminante d'une situation arthrosique

A/2733/2014 - 18/19 - préexistante. Dans son rapport du 15 octobre 2014, le médecin traitant a dit certes ne pas pouvoir affirmer que la déchirure complexe du ménisque interne qu'avait eue le recourant était liée uniquement à l'accident considéré, mais il a précisé que si le ménisque interne du recourant avait effectivement des déchirures dégénératives préalables, il était « probablement certain » que l'accident avait complété une déchirure et surtout luxé un fragment du ménisque. Dans son rapport du 30 septembre 2015, ledit médecin a affirmé que l'opération du 31 janvier 2014 n'aurait « absolument pas eu lieu » sans l'événement accidentel du 8 janvier 2014, et que l'épanchement intra-articulaire constaté cliniquement parlait en faveur d'une inflammation du genou occasionnée par une lésion méniscale importante « sans rapport aucun avec une origine dégénérative ». Enfin, même encore dans son rapport du 9 novembre 2015, le médecin-conseil de l'intimée a émis l'avis qu'il n'était pas établi « au degré de vraisemblance prépondérante » que l'accident considéré était à l'origine de la déchirure méniscale complexe du recourant. c. Il n'est ainsi pas établi de façon certaine que la poursuite des troubles présentés par le recourant au-delà du 22 janvier 2014 et l'opération du 31 janvier 2014 n'ont pas de lien de causalité avec l'événement accidentel du 8 janvier 2014. De plus, comme la chambre de céans l'a déjà relevé (consid. 9a), l'argument que lesdits troubles (les douleurs, mais aussi les limitations fonctionnelles) sont apparus avec cet accident et ont disparu après l'opération plaident en défaveur de la cessation de causalité retenue par l'intimée. Il sied en outre de relever que l'événement du 8 janvier 2014 n'a pas tenu qu'à une glissade ayant amené le recourant au sol, mais a comporté une chute d'une hauteur d'un mètre et demi, ce qui renforce, en termes de simple bon sens, la thèse soutenue par le médecin traitant du recourant. La décision attaquée est mal fondée.

E. 11

Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner si cette décision serait valable au regard du principe de la bonne foi, eu égard à la garantie de prise en charge que l'intimée a donnée au recourant le 3 février 2014.

E. 12

Le recours sera donc admis, et la décision sur opposition attaquée annulée (ce qui ne fait pas revivre la décision du 17 mars 2014). Il appartient à l'intimée, comme assureur-accidents, de prendre en charge les suites de l'événement du 8 janvier 2014 au-delà du 22 janvier 2014, jusqu'à une date qu'il n'incombe pas à la chambre de céans de préciser ici autrement qu'en disant qu'elle est postérieure au 31 janvier 2014, donc à l'opération subie par le recourant.

E. 13

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu d'émolument. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de procédure lui sera allouée, d'un montant de CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - E 5 10.03), à la charge de l'intimée. * * * * *

A/2733/2014 - 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.