

GE_GERICHTE ATAS/914/2014 vom 20. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_914_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/914/2014 du 20 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/914/2014 del 20 agosto 2014

Erwägungen

E. 14

Le 27 avril 2012, Helsana Assurances S.A. (ci-après l'assureur-maladie) a formé opposition à la décision, au motif que l'assuré avait présenté une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne gauche, soit une lésion corporelle assimilée à un accident et qu'il était par conséquent prématuré de fixer le statu quo sine au 31 mars 2012, faute de démonstration du caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte méniscale à cette date. L'assureur-maladie a joint une note datée du 23 avril 2012 de son médecin-conseil, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, selon laquelle il était notamment impossible d'affirmer que l'événement n'avait pas aggravé la lésion méniscale même si le ménisque était déjà probablement dégénératif.

E. 15

Par décision du 29 juin 2012, l'assureur a rejeté l'opposition, se référant notamment à l'avis du 14 mars 2012 du Dr F_____, selon lequel l'IRM du 25 novembre 2011 n'avait pas démontré de lésion méniscale franche, mais témoignait d'une ménisbose

A/2235/2012 - 4/17 - dégénérative et les lésions décrites par le Dr D_____ à l'arthroscopie relevaient également d'un état méniscal dégénératif et ne démontraient aucune lésion méniscale franche imputable au degré de la probabilité à un accident récent. Par conséquent, l'accident, qui avait tout au plus contribué à révéler un état dégénératif préexistant du genou, avait largement cessé de déployer ses effets en mars 2012. Selon l'assureur, en faisant valoir que l'assuré avait été victime d'une lésion assimilée à un accident, l'assureur-maladie semblait perdre de vue que l'existence d'un accident avait été admise. En tout état de cause, l'existence d'une lésion méniscale franche n'avait nullement été démontrée.

E. 16

Par acte du 19 juillet 2012, l'assureur-maladie a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation et à ce que l'intimée poursuive le versement de ses prestations au-delà du 31 mars 2012 pour les troubles persistants au genou gauche de l'assuré. La recourante, se référant aux arguments mentionnés dans son opposition du 27 avril 2012, a par ailleurs relevé que le Dr E_____ avait constaté dans son rapport du 5 mars 2012 l'existence de douleurs résiduelles du compartiment fémoro-tibial interne après l'arthroscopie. L'intimée ne pouvait donc fixer le statu quo sine vel ante au 31 mars 2012, faute de démonstration du caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte méniscale.

E. 17

Par réponse du 29 août 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours, faisant valoir que les examens radiologiques n'avaient pas permis de mettre en évidence une lésion franche du

ménisque liée à l'accident. Tout au plus, l'accident avait pu aggraver temporairement la situation et ses effets avaient cessé en mars 2012, lorsque le Dr F _____ s'était prononcé.

E. 18

Par ordonnance du 13 septembre 2012, la chambre de céans a appelé en cause l'assuré.

E. 19

Par écriture du 25 septembre 2012, l'appelé en cause a déclaré appuyer le recours formé par la recourante, expliquant notamment qu'avant l'accident, il n'avait eu aucun souci de santé particulier. Il était certain que l'accident avait été le facteur déclencheur de son incapacité de travail actuelle. Par conséquent, il concluait à l'annulation de la décision litigieuse et à la poursuite de la prise en charge par l'intimée au-delà du 31 mars 2012.

E. 20

Lors de l'audience de comparution personnelle du 31 octobre 2012, l'appelé en cause, assisté de son conseil, a expliqué qu'avant l'accident, il n'avait jamais eu de problème au genou. Depuis l'accident, il avait également un problème à la hanche gauche et il n'avait pas encore repris le travail. Les parties ont constaté que les avis des médecins-conseils étaient contradictoires et ont convenu que l'intimée allait examiner l'opportunité d'entreprendre des investigations complémentaires.

E. 21

Par écriture du 26 novembre 2012, l'intimée a informé la chambre de céans qu'elle renonçait à requérir un nouvel avis médical interne et s'en remettait à la proposition de mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

A/2235/2012 - 5/17 -

E. 22

Après en avoir informé les parties, la chambre de céans a, par ordonnance du 7 février 2013, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au docteur H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (ATAS/148/2013).

E. 23

Le 1er novembre 2013, l'expert a adressé son rapport daté du 2 mai 2013, après avoir procédé à une anamnèse, à un examen clinique de l'appelé en cause, examiné les pièces du dossier et fait procéder à de nouvelles radiographies des deux genoux en comparatifs. Il a diagnostiqué une coxarthrose bilatérale modérée à droite et sévère à gauche, une enthésopathie d'insertion quadricipitale et hygrome pré-rotulien, des troubles dégénératifs de la colonne lombaire, des troubles dégénératifs modérés du genou gauche (lésions du cartilage visibles sur la rotule et sur le condyle interne et dégénérescence du ligament croisé antérieur ainsi qu'un aspect franchement dégénératif du ménisque interne) et une déchirure instable de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche sur un ménisque dégénératif. A l'exception de la déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, tous les autres diagnostics étaient déjà présents avant l'accident du 15 novembre 2011, et notamment les troubles dégénératifs modérés du genou gauche, puisque ceux-ci étaient déjà visibles sur l'IRM du genou réalisée le 25 novembre 2011 juste après l'accident. C'était surtout l'aspect dégénératif du ménisque interne sur l'IRM qui était frappant. S'agissant de cette IRM, l'expert a indiqué que contrairement à ce qu'avait protocolé le Dr C _____, il observait sur le ménisque interne - outre un aspect franchement dégénératif - une lésion

stade III, soit une déchirure atteignant la surface articulaire méniscale de la corne postérieure du ménisque interne. Il existait donc une contradiction entre la gravité de la lésion méniscale interne et le protocole de l'IRM. Les diagnostics révélés par l'IRM étaient par conséquent une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne sur un ménisque dégénératif au départ, des troubles dégénératifs modérés aux dépens du cartilage de la rotule, du condyle interne et une dégénérescence du ligament croisé antérieur et une méniscope interne, une enthésite calcifiante du tendon du quadriceps sur la rotule et un hygrome pré-rotulien. Pour l'expert, seule la déchirure du ménisque interne du genou gauche était imputable à l'accident. La déchirure du ménisque interne correspondait à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) et cette atteinte n'était pas exclusivement d'origine dégénérative, car on observait nettement sur l'IRM une déchirure venant aggraver l'état dégénératif préexistant. En outre, dans son protocole opératoire, le Dr D_____ avait bien décrit une languette instable retournée dans la gouttière interne aux dépens de la corne postérieure du ménisque interne. Selon l'expert, l'accident avait pu jouer un rôle vraisemblable sur la survenue de la déchirure instable du ménisque interne, ce d'autant plus qu'il présentait déjà un état dégénératif et était donc plus fragile. L'accident était donc une cause tout à fait possible de cette déchirure. Par contre, les autres diagnostics n'avaient pas de lien, même partiel, avec l'accident. L'autre facteur ayant contribué à la survenance de A/2235/2012 - 6/17 - cette déchirure était la dégénérescence du ménisque (ou siège de ce que l'on appelle une méniscope). Cette méniscope avait des origines pluri-factorielles: on pouvait retenir la surcharge pondérale, les activités sportives et professionnelles ainsi que des facteurs génétiques, sans qu'il ne soit possible de quantifier précisément la part de chaque facteur. La déchirure du ménisque interne avait été réséquée lors de l'arthroscopie du 23 décembre 2011 et les facteurs étrangers étaient manifestement devenus les seules causes influentes sur l'état de santé de l'appelé en cause, trois mois après cette intervention, soit au 31 mars 2012. Dans les suites d'une méniscectomie interne par arthroscopie, trois mois est en effet un délai raisonnable pour pouvoir soulager complètement un patient. Au-delà, hormis exception que l'on rencontre toujours en médecine, il fallait se poser des questions sur l'existence d'un ou d'autres diagnostics surajoutés, ce qui était le cas en l'occurrence. La déchirure du ménisque interne avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2012. Une incapacité de travail avait certes perduré au-delà de cette date, mais sans que ce soit l'accident qui en déployait encore ses effets: l'appelé en cause avait décompensé surtout au niveau de la coxarthrose gauche et ensuite étaient apparues les lombo- sciatalgies. Actuellement, il était nettement plus gêné par les lombo-sciatalgies et les douleurs de hanche que par le genou gauche. S'agissant des autres diagnostics, soit la coxarthrose bilatérale, les troubles dégénératifs du genou gauche et les troubles dégénératifs de la colonne lombaire, aucun ne correspondait à une lésion corporelle assimilée. Ces diagnostics n'étaient pas imputables à l'accident, même si les symptômes de douleurs articulaires pluri- étagées étaient apparues après l'accident. Ils avaient seulement un lien de causalité possible avec celui-ci (moins de 50%). L'accident avait joué comme un révélateur et peut-être un accélérateur de processus qui seraient de toute façon survenus sans l'accident du 15 novembre 2011. Même si ces diagnostics ne pouvaient être imputés directement à l'accident, il était bien connu en orthopédie que des patients présentant des troubles dégénératifs, comme en l'occurrence au niveau du dos, des hanches et du genou gauche, même à un stade peu avancé peuvent décompenser dans les suites d'un traumatisme avec un cercle vicieux douloureux qui s'installe et qui entrave le quotidien. Dans ce cas, l'accident

n'agit que comme un révélateur de ces problèmes. Ces diagnostics avaient aussi des origines pluri-factorielles, dont la surcharge pondérale, les activités sportives, professionnelles et les facteurs génétiques. Ces diagnostics entraînaient une incapacité de travail totale depuis le 1er avril 2012, soit à partir du moment où l'accident avait cessé de déployer ses effets. Les limitations fonctionnelles étaient importantes au moment de l'examen, à savoir que le patient ne pouvait pas se déplacer plus de 1 km en marche à plat, ensuite il devait s'aider d'une canne béquille, il ne pouvait pas se mettre à genou, porter des charges, travailler en hauteur ou sur un terrain irrégulier. Ce qui le dérangeait le plus à la marche actuellement était une douleur à la hanche gauche dans la région

A/2235/2012 - 7/17 - trochantérienne et au niveau du pli inguinal ainsi que des lombalgies irradiant dans le haut de la fesse. L'expert a indiqué que le pronostic global sur le plan orthopédique était très réservé. Le patient devait certainement, à moyen terme, bénéficier de la mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche, peut-être ensuite d'une prothèse totale de hanche droite. Pour le genou gauche, une infiltration de cortisone pouvait être envisagée, ainsi que des injections d'une viscosupplémentation pour lubrifier celui-ci avant l'apparition de troubles dégénératifs plus importants nécessitant peut-être d'autres options chirurgicales plus lourdes. De toute façon, une reconversion professionnelle était indispensable, car on ne pouvait pas exercer le métier de parquetier avec les lésions orthopédiques qu'il présentait. L'expert a ajouté qu'il s'écartait des appréciations du Dr F_____ selon lesquelles il n'y avait pas de lésion traumatique au niveau du ménisque interne dégénératif, car cette lésion était bien visible sur l'IRM, même si elle n'était pas décrite par le radiologue. L'expert était par contre d'accord avec le Dr F_____ pour dire que l'événement accidentel avait cessé de déployer ses effets après le 31 mars 2012. L'expert s'écartait par conséquent de l'avis du Dr G_____, s'agissant de la prise en charge du cas au-delà du 31 mars 2012, car sauf complication exceptionnelle, un patient devrait être soulagé trois mois après une arthroscopie du genou par résection méniscale. Or, non seulement les gonalgies avaient persisté après le 31 mars 2012, mais des lombo-sciatalgies et des coxalgies étaient apparues, qui étaient devenues plus symptomatiques que les gonalgies. Cela avait d'ailleurs été objectivé le 29 février 2012 par le Dr E_____, qui avait bien noté l'apparition de douleurs de hanche, de douleurs du bas du dos, ainsi que de douleurs fémoro-patellaires des deux genoux. Le Dr E_____ était alors également d'avis que les troubles dégénératifs allaient vraisemblablement et prochainement, par rapport à sa consultation, faire tourner le cas en maladie et non plus en accident.

E. 24

Par écriture du 27 novembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions, faisant valoir que le rapport d'expertise n'était pas probant dans la mesure où il fixait un statu quo sine vel ante au 31 mars 2012 sans démontrer le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte méniscale. L'expert avait fixé cette date car sauf complication exceptionnelle, un patient devrait être soulagé trois mois après une arthroscopie du genou pour résection méniscale. Tel n'était manifestement pas le cas puisque le Dr E_____ avait indiqué dans son rapport du 5 mars 2012 que l'évolution après l'arthroscopie du 23 décembre 2012 était peu favorable avec des douleurs résiduelles du compartiment fémoro-tibial interne, ce qui arrivait 1 à 2 fois sur 10 dans ce genre de situation de ménisque dégénératif en-dessus de 40 ans. La recourante ne voyait pas quels "autres diagnostics surajoutés" seraient responsables des complications traumatiques survenues sur un genou qui était certes dégénératif au départ. Par ailleurs, si la recourante ne contestait pas que les gonalgies subsistent après le 31

mars 2012 passaient au second plan après l'apparition de

A/2235/2012 - 8/17 - lombosciatalgies et de coxalgies, le genou gauche nécessitait toutefois encore des soins comme l'avait relevé l'expert.

E. 25

Par écriture du 27 novembre 2013, l'appelé en cause a persisté dans ses conclusions de prise en charge par l'intimée des troubles au genou gauche au-delà du 31 mars 2012, sous suite de frais et de dépens. Selon lui, l'accident n'avait pas été seulement la cause probable de la déchirure du ménisque, comme l'avait retenu le Dr H_____, mais était la cause sine qua non de cette atteinte. Le lien de causalité adéquate était également rempli de sorte que l'intimée devait répondre aussi des complications les plus singulières qui ne se produisent habituellement pas. Il était donc pertinent de savoir si les atteintes résultaient exclusivement de causes étrangères à l'accident. Or, il ne ressortait pas de l'expertise que tel serait le cas. Au contraire, l'expert avait constaté que "les troubles dégénératifs que présente le patient allaient vraisemblablement, et ce prochainement, faire tourner ce cas en cas maladie plutôt qu'en cas accident", de sorte qu'il admettait qu'au moment de l'expertise tel n'était pas encore le cas. Il n'y avait aucun élément permettant de dire que sans l'accident, l'appelé en cause souffrirait des mêmes atteintes à la santé. C'était donc à tort que l'intimée avait fixé le statu quo sine vel ante au 31 mars 2012.

E. 26

Par plis des 27 novembre et 18 décembre 2013, l'intimée a persisté dans ses conclusions; l'expertise judiciaire confirmait sa position.

E. 27

A la demande de la chambre de céans, le Dr H_____ a, par rapport du 3 juin 2014, apporté plusieurs précisions. Les observations cliniques effectuées par le Dr E_____ lors de sa consultation du 29 février 2012 corroboraient les résultats de son expertise. Le Dr E_____ avait en effet constaté, deux mois après l'intervention chirurgicale, que ce n'était pas seulement les douleurs internes résiduelles du genou gauche qui gênaient le patient, mais aussi les lombalgies, les douleurs de hanche et les douleurs fémoro-patellaires du genou gauche. Il avait noté également que les divers troubles dégénératifs que présentait le patient allaient faire tourner le cas en maladie "vraisemblablement prochainement". L'expert était d'accord avec l'appréciation du Dr E_____ quant aux raisons expliquant l'évolution après l'arthroscopie et le temps nécessaire pour obtenir une amélioration. Sur le plan médical, sous un traitement bien conduit d'antalgiques et d'anti-inflammatoires per os, de physiothérapie et éventuellement d'infiltrations articulaires, il paraissait possible, à l'époque, d'obtenir une amélioration sur les six à douze semaines évoquées par le Dr E_____. Mais, selon l'expert, ce temps était médical et non pas asséculoologique. Dans le cas concret de l'appelé en cause, il fallait retenir le délai de trois mois suivants l'arthroscopie pour établir que les gonalgies résiduelles étaient bien dues à un état antérieur. Ainsi, jusqu'au 31 mars 2012, les douleurs internes au genou gauche étaient dues, directement ou indirectement, à l'accident et entraînaient une incapacité de travail totale. Cette réponse était motivée par le fait que si trois mois après une arthroscopie pour résection d'une lésion méniscale, un patient n'est pas complètement soulagé, c'est qu'il y a une autre pathologie en cause.

A/2235/2012 - 9/17 - Dans le cas précis de l'expertisé, les douleurs ressenties postérieurement au 31 mars 2012 étaient dues à la gonarthrose plus globale de l'articulation dont il souffrait et qui touchait le compartiment fémoro-tibial interne et l'articulation fémoro- patellaire. L'expert a encore ajouté que les gonalgies internes et fémoro-patellaires - et non pas les douleurs au ménisque interne puisque cette situation avait été réglée par l'arthroscopie - étaient exclusivement d'origine dégénérative trois mois après l'arthroscopie, soit dès le 1er avril 2012. En d'autres termes, l'origine accidentelle, même partielle, des douleurs au ménisque interne était exclue à partir de cette date. Ceci était motivé par l'existence des troubles dégénératifs déjà visibles avant l'accident, accident qui avait généré une lésion méniscale dans un contexte plus global de troubles dégénératifs déjà présents.

E. 28

Par pli du 24 juin 2014, la recourante a indiqué ne pas avoir de remarques à formuler concernant le complément d'expertise.

E. 29

Le 4 juillet 2014, l'intimée a relevé que les explications du Dr H_____ confirmaient une nouvelle fois que les suites accidentelles de l'événement avaient pris fin au 1er avril 2012. Il convenait donc de rejeter le recours.

E. 30

Par écriture du 4 juillet 2014, l'appelé en cause a fait valoir que tant la déchirure du ménisque que les autres diagnostics retenus par l'expert devaient être pris en charge par l'intimée. Les explications fournies par l'expert ne permettaient pas de conclure au caractère exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé. L'expert disait en effet partager les constatations du Dr E_____, à savoir que ce n'était pas seulement les douleurs internes résiduelles du genou gauche qui gênaient le patient, mais aussi les lombalgies, les douleurs de hanche et les douleurs fémoro-patellaires du genou gauche. Selon l'appelé en cause, cela signifiait donc qu'il présentait encore en mars 2012 des douleurs résiduelles au genou gauche, et dans la mesure où une amélioration semblait encore possible dans les six à douze semaines selon le Dr E_____, aucun statu quo sine ne pouvait être arrêté avant un nouvel examen au terme de cette période. L'appelé en cause peinait à comprendre la distinction faite par l'expert entre le temps médical et le temps assécurologique. S'agissant des autres diagnostics, l'appelé en cause était convaincu que son genou, sa hanche et son dos ne l'auraient pas fait souffrir autant au mois d'avril 2012, s'il n'avait pas été victime de l'événement assuré. Il a rappelé qu'avant l'accident, il n'avait jamais eu de douleurs particulières à la hanche, au genou et aux lombaires. Pour ces motifs, l'appelé en cause persistait intégralement dans ses conclusions du 27 novembre 2013.

E. 31

Sur ce, la cause a été gardée à juger par la chambre de céans.

EN DROIT

A/2235/2012 - 10/17 - 1. La chambre de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 7 février 2013 (ATAS/148/2013), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) 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). 3. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes au genou gauche de l'appelé en cause doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au 31 mars 2012. 4. a. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs,

A/2235/2012 - 11/17 - à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; 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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). b. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont

pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs- accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre

A/2235/2012 - 12/17 - l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 2c; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés seront manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 468 consid. 4; ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, lorsque celle-ci est causée ou aggravée par un événement accidentel. Il faut cependant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (voir ATF 123 V 43 consid. 2b; ATF 116 V 145 consid. 6c; ATF 114 V 301 consid. 3c). En outre, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état malade antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.378/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/03 du 28 juin 2004 consid. 3.3). Enfin, ces règles sont

également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur,

A/2235/2012 - 13/17 - soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur- accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 6. Enfin, 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

A/2235/2012 - 14/17 - 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 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III

324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 7. En l'espèce, dans sa décision litigieuse, l'intimée a considéré que les atteintes au genou gauche ne sont plus à sa charge à compter du 1er avril 2012, en se référant aux conclusions du Dr F_____, ce que la recourante et l'appelé en cause ont contesté en se référant aux appréciations émises par les Drs G_____ et E_____. Dans le cadre de la présente procédure, la chambre de céans a mandaté le Dr H_____. Par rapport du 2 mai 2013, complété le 3 juin 2014, le Dr H_____ a diagnostiqué une coxarthrose bilatérale modérée à droite et sévère à gauche, une enthésopathie d'insertion quadricipitale et hygrome pré-rotulien, des troubles dégénératifs modérés du genou gauche (lésions du cartilage sur la rotule, sur le condyle interne, dégénérescence du ligament croisé antérieur et un aspect très dégénératif du ménisque interne), des troubles dégénératifs de la colonne lombaire et une déchirure instable de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. Selon l'expert, tous les diagnostics précités, exception faite de la déchirure du ménisque interne du genou gauche, étaient déjà présents avant l'accident survenu le 15 novembre 2011 et avaient un lien de causalité seulement possible avec l'accident (moins de 50%). La déchirure du ménisque interne du genou gauche, seul diagnostic correspondant à une lésion assimilée, n'était pas exclusivement d'origine dégénérative et l'accident était une cause tout à fait possible de cette déchirure. L'autre facteur ayant contribué à la survenance de cette atteinte était la dégénérescence du ménisque (ou siège de ce que l'on appelle une ménisose). La déchirure du ménisque interne, qui avait été traitée par arthroscopie le 23 décembre 2011, avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2012, soit trois mois à compter de l'intervention. A partir de cette date, les douleurs ressenties par l'appelé en cause étaient dues à la gonarthrose plus globale de l'articulation dont il souffrait et qui touchait le compartiment fémoro-tibial interne et l'articulation fémoro-patellaire. Selon l'expert, l'origine accidentelle, même partielle, des douleurs au ménisque interne était exclue au 1er avril 2012. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr H_____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui conférer pleine valeur probante. L'expert a examiné le recourant, il a pris connaissance de l'intégralité du dossier, notamment radiologique et a fait procéder à de nouvelles radiographies. L'expert a procédé à une anamnèse complète, il a pris en compte les plaintes du recourant et a décrit de façon précise les lésions présentées. Il a ensuite examiné et discuté de

A/2235/2012 - 15/17 - façon détaillée les lésions, au regard du dossier radiologique et a expliqué pour quelles raisons il s'écartait ou suivait les appréciations des Drs F_____ et G_____. Enfin, ses conclusions sont claires et convaincantes. La recourante et l'appelé en cause contestent la valeur probante du rapport d'expertise, au motif notamment qu'il ne démontrerait pas le caractère exclusivement dégénératif des atteintes au genou gauche à compter du 31 mars 2012. La chambre de céans constate que l'expert a clairement expliqué que l'accident avait causé la déchirure du ménisque interne du genou gauche, lequel présentait déjà des atteintes dégénératives avant l'accident, attestées par l'IRM du 25 novembre 2011. Cette déchirure avait été réséquée lors de l'arthroscopie du 23 décembre 2011 et trois mois après cette intervention, les douleurs présentées par l'expertisé au genou gauche étaient exclusivement d'origine dégénérative, à savoir qu'elles étaient dues à la gonarthrose plus globale de l'articulation touchant le compartiment fémoro-tibial interne et l'articulation fémoro-patellaire ; il ne s'agissait plus des douleurs au ménisque interne, puisque cette symptomatologie avait été réglée par l'arthroscopie. L'expert a, de manière catégorique, conclu que l'origine accidentelle, même partielle des douleurs au ménisque

interne, était exclue au 1er avril 2012. Par ailleurs, la chambre de céans ne voit pas de contradiction entre les conclusions de l'expert et les observations du Dr E_____. Ce médecin a en effet constaté que l'appelé en cause présentait des douleurs résiduelles au niveau du ménisque interne lors de l'examen du 29 février 2012 (rapport du 5 mars 2012) et l'expert a admis que les douleurs au ménisque interne étaient dues à l'accident jusqu'au 31 mars 2012. En outre, que l'appelé en cause n'ait jamais eu de douleurs au genou gauche avant l'accident, n'est pas un élément suffisant permettant d'admettre un lien de causalité entre les atteintes et l'accident au-delà du 31 mars 2012. Aucune pièce au dossier ne permet de retenir que l'expert aurait ignoré des éléments objectivement vérifiables qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, étant relevé en particulier que le Dr G_____ ne se prononce pas sur la question litigieuse du statu quo sine vel ante. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr H_____, dont le rapport ne contient pas de contradictions, ni n'est mis sérieusement en doute par d'autres spécialistes. Par conséquent, il convient de retenir que l'accident du 15 novembre 2011 a causé une déchirure du ménisque interne au genou gauche, lequel présentait déjà des lésions dégénératives préexistantes à l'accident révélées par l'IRM du 25 novembre 2011. La déchirure du ménisque interne n'étant pas d'origine exclusivement dégénérative, il s'agissait d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, de sorte que l'intimée était tenue de la prendre en charge, ce qu'elle a d'ailleurs fait. Il convient par ailleurs de retenir, au vu des explications

A/2235/2012 - 16/17 - convaincantes données par le Dr H_____, qu'à compter du 1er avril 2012, le caractère exclusivement dégénératif des troubles au genou gauche de l'appelé en cause est clairement établi et que l'origine accidentelle, même partielle, des douleurs au genou gauche doit être exclue dès cette date. Enfin, les autres atteintes diagnostiquées par l'expert au genou gauche de l'appelé en cause ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, dès lors que le lien de causalité est seulement possible. Il s'ensuit que les atteintes au genou gauche dont souffre l'appelé en cause postérieurement au 31 mars 2012 ne sont pas à charge de l'intimée. 8. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 29 juin 2012, à mettre fin à ses prestations au 31 mars 2012. 9. Le recours se révèle ainsi mal fondé. 10. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il convient cependant de statuer sur le sort des frais de l'expertise judiciaire mise en œuvre par la chambre de céans, à hauteur de CHF 3'750.-. Selon la jurisprudence, les frais découlant de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire mono ou pluridisciplinaire peuvent, le cas échéant, être mis à la charge de l'assureur (ATF 137 V 210 consid. 4.1 et 4.4.1.4). Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Il doit ainsi exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265). Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469; voir également ATF 139 V 225 consid. 4 p. 226 et arrêt 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). En l'occurrence, au regard des

conclusions diamétralement opposées des médecins- conseils de la recourante et de l'intimée - tous deux spécialistes FMH en chirurgie orthopédique –, l'intimée aurait dû procéder elle-même à une clarification médicale. La chambre de céans n'ayant pas eu d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin de pouvoir statuer sur le présent litige, il se justifie dès lors de mettre les frais de l'expertise judiciaire à charge de l'intimée.

A/2235/2012 - 17/17 - 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.