

GE_GERICHTE A/1565/2012 vom 4. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1565_2012

FR: GE_GERICHTE A/1565/2012 du 4 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1565/2012 del 4 ottobre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.10.2012
A/1565/2012

A/1565/2012 ATAS/1247/2012 du 04.10.2012 (LAA), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1565/2012
ATAS/1247/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 4
octobre 2012 3ème Chambre En la cause Monsieur B _____, domicilié à Thônex
recourant contre AXA WINTERTHUR, Sinistres Suisse romande, chemin de Primerose 11,
case postale, 1002 Lausanne intimée EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après :
l'assuré), né en 1972, est assuré par le biais de son employeur contre le risque d'accidents
auprès d'AXA WINTERTHUR (ci-après : l'assurance). Le 3 juillet 2009, l'assuré a été
victime d'un accident : alors qu'il s'apprêtait à atterrir en parapente, le vent a changé de
direction et a précipité son atterrissage, le faisant heurter le sol. Dans une déclaration datée
du 24 août 2009, le Dr L _____, médecin traitant de l'assuré, relate que ce dernier
est venu le consulter en raison des gonalgies droites diffuses dont il a souffert suite à son
accident. Le médecin a posé le diagnostic provisoire de distorsion du genou droit en relation
de causalité avec l'accident en précisant qu'avant ce dernier, son patient n'avait jamais
souffert d'atteintes similaires. Le traitement - consistant en anti-inflammatoires - s'était
terminé le 6 août 2009. Le médecin a encore indiqué qu'il n'y avait pas de lésions osseuses
décelables à la radiographie. Le Dr M _____, dans un rapport du 10 novembre
2009, a indiqué qu'une déchirure, sous forme d'un remaniement de signal de grade III
atteignant la surface inférieure de la portion intermédiaire du ménisque externe associé à un
kyste méniscal, avait été mise en évidence. Le médecin traitant l'a confirmé à l'assurance,
en date du 7 avril 2010, en précisant que l'évolution était peu favorable sous traitement
conservateur. Pour le surplus, il renvoyait à l'avis de l'orthopédiste. Le Dr N _____,
spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé en date du 5 septembre 2011 le
diagnostic de déchirure du ménisque au genou droit en précisant qu'une résection
arthroscopique avait eu lieu le 30 août 2011, entraînant une totale incapacité de travail du
30 août au 4 septembre 2011. Selon lui, aucun dommage permanent n'était à craindre ; le
traitement était désormais terminé. Le 25 janvier 2012, le Dr O _____,
médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que l'imagerie par résonance magnétique (IRM)
confirmait une lésion de la zone moyenne du ménisque externe, non transfixiante, atteignant
la surface inférieure du ménisque externe, associée à un volumineux kyste méniscal externe
(d'environ 2,5 cm. sur 1), situé en regard de la déchirure. Selon lui, on ne pouvait retenir en
relation avec l'accident qu'une simple contusion du genou avec statu quo sine six semaines
plus tard. Interpellé par l'assureur, le Dr P _____, spécialiste FMH en chirurgie et
médecin-conseil, a indiqué par courrier du 13 avril 2012, après examen du dossier et de
l'IRM du 10 novembre 2009, abonder dans le sens du Dr O _____. Par décision du
2 février 2012, l'assurance, se référant à l'avis de ces médecins, a mis un terme à ses

prestations avec effet au 11 novembre 2009, date au-delà de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus de lien de causalité avec l'accident. L'assurance a cependant expressément renoncé à réclamer la restitution des prestations versées à l'assuré. Le 20 février 2012, le Dr N _____ a adressé à l'assurance un courrier dans lequel il exprimait l'avis que la déchirure du ménisque externe associée à un kyste méniscal découverte chez son patient était accidentelle. Selon lui, la lésion kystique était secondaire à la lésion méniscale - elle-même accidentelle - ; il ne s'agissait en aucun cas d'une déchirure dégénérative. Le 27 février 2012, l'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance en invoquant l'avis des Drs L _____ et N _____. A l'appui de sa position, l'assuré a allégué n'avoir jamais souffert de douleurs avant l'événement en question. Par décision du 20 avril 2012, l'assureur a confirmé sa décision précédente. Se référant à l'avis de ses médecins, l'assureur a considéré que l'événement n'avait provoqué qu'une contusion bénigne du genou et que la pathologie détectée à l'IRM était sans relation de causalité avec l'accident. Quant à l'avis exprimé par le Dr N _____, l'assureur a fait remarquer qu'il allait à l'encontre des connaissances scientifiques actuelles. Par courrier du 15 mai 2012, adressé à l'assurance, l'assuré a exprimé la volonté d'interjeter recours contre cette décision. Ce courrier a été transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence le 22 mai 2012. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 6 juin 2012 a conclu au rejet du recours en reprenant en substance les arguments déjà développés dans sa décision sur opposition. Par écriture du 1er juillet 2012, le recourant a quant à lui persisté dans ses conclusions en reprenant également en substance l'argumentation développée dans son opposition en ajoutant que s'il avait été informé du refus de l'assureur de rembourser les frais de l'intervention qu'il avait subie, il aurait reconsidéré sa décision de se faire opérer. Par écriture du 17 juillet 2012, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Dans la mesure où le litige porte sur une période postérieure, il y a lieu d'examiner le cas à l'aune du nouveau droit (ATF 130 V 329). Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable, de sorte qu'il convient d'entrer en matière. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit, au-delà du mois de novembre 2009, aux prestations de l'assurance-accidents, en particulier à la prise en charge de l'intervention subie en août 2011. 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir

si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 352 ss consid. 3 et les références). Ainsi, s'agissant de la valeur probante des 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 qu'un médecin 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). En l'espèce, force est de constater que les Drs L_____ et N_____ n'étaient pas leur conviction selon laquelle la déchirure observée chez leur patient serait d'origine purement accidentelle. Ils se contentent d'exprimer une opinion péremptoire et non motivée. Dans ces circonstances, il convient bien plutôt de se référer, ainsi que l'a fait l'intimée, aux conclusions concordantes des Drs O_____ et P_____, dont les explications apparaissent convaincantes. Ainsi, le Dr O_____ a expliqué qu'un kyste méniscal est le signe d'une lésion chronique dégénérative du ménisque externe ; celui-ci présente une lésion dégénérative micro-kystique puis macro-kystique, avec micro-fracture puis macro-fracture et développement d'une lésion kystique par hyperpression de la dégénérescence mucoïde du ménisque. Selon le Dr O_____, ce

type de lésion est classiquement découvert à l'occasion d'un traumatisme mineur, lequel n'est absolument pas la cause étiologique de la lésion mais la révèle. C'est ce qui c'est passé pour l'assuré, dont le médecin a qualifié le cas de typique : un traumatisme relativement mineur a mis en évidence un kyste méniscal externe avec une déchirure partielle du ménisque externe. Le médecin a ajouté que de telles lésions dégénératives sont relativement peu symptomatiques mais évoluent lentement dans le temps sur de nombreuses années. On relèvera que cette argumentation a été corroborée par l'avis du Dr P_____ qui a lui aussi estimé que les lésions détectées à l'IRM étaient exclusivement dégénératives. Ce médecin a en outre fait remarquer que la prise de position du Dr N_____ était contredite par le fait que la lésion du ménisque était en lien avec un kyste méniscal, ce qui permet de considérer comme très vraisemblable le fait que la lésion soit dégénérative et préexistante, due au développement d'un kyste durant des années. Tout comme le Dr O_____, le Dr P_____ a expliqué qu'en de tels cas, la situation est longtemps asymptomatique et n'est révélée que par un traumatisme mineur du genou, qui ne fait que rendre douloureuse une pathologie préexistante. A cet égard, on relèvera que l'argument du recourant qui souligne n'avoir jamais souffert du genou avant son accident ne saurait être considéré comme pertinent au regard de la jurisprudence constante, selon laquelle, précisément, 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 avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b; arrêt A. du 31 juillet 2001 [U 492/00] consid. 3c). C'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Eu égard à ces considérations, c'est à juste titre que l'intimée a nié tout lien de causalité naturelle au-delà des semaines ayant permis le retour au statu quo sine après une simple contusion du genou et nié le droit aux prestations au-delà du 11 novembre 2009. Reste à examiner l'argument selon lequel le recourant n'aurait pas subi d'intervention s'il avait été informé de la position de l'intimée, argument qui revient à invoquer la protection de la bonne foi de l'intéressé. Le droit à la protection de la bonne foi est expressément consacré par la Constitution. Selon la jurisprudence, il permet au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies : il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées; qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence; que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu; qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice; que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 131 II 627 consid. 6 et les références citées). Le droit à la protection de la bonne foi suppose donc un lien de causalité entre le renseignement obtenu et les dispositions prises par l'administré. Un tel lien existe si l'on peut admettre que celui-ci se serait comporté autrement sans le renseignement donné par l'autorité. En revanche, tout lien de causalité doit être nié si l'on peut admettre que même sans le renseignement obtenu, l'administré aurait pris les mêmes dispositions (WEBER-DÜRLER, Vertrauensschutz im öffentlichen Recht, Bâle 1983, p. 102; le même auteur, Falsche

Auskünfte von Behörden, in ZBl 1991 p. 16). En ce qui concerne la preuve du lien de causalité, on ne saurait poser des exigences trop strictes. En effet, à partir du moment où l'administré a demandé des renseignements, il en découle la présomption de fait qu'en cas de réponse négative, il aurait adopté un autre comportement. Dès lors, la preuve du lien de causalité sera considérée comme donnée s'il apparaît vraisemblable, selon l'expérience générale de la vie, que l'administré se serait comporté autrement sans le renseignement obtenu (ATF 121 V 67 consid. 2b ; voir aussi l'ATF non publié du 8 mars 2004, H 149/03, consid. 2.5). En l'espèce, force est de constater que la première condition permettant l'invocation de la protection de la bonne foi fait déjà défaut dans la mesure où l'assurance ne s'est jamais engagée auprès de l'assuré à prendre en charge l'intervention. Le recourant n'allègue d'ailleurs pas s'être expressément adressé à l'intimée au moment de l'intervention pour lui demander si elle acceptait d'entrer en matière. Il ne saurait, dans ces conditions, soutenir qu'un renseignement erroné lui aurait été donné. Le recours doit dès lors être rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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