

GE_GERICHTE A/2014/2020 vom 12. Mai 2022

GE Cour de justice, 2022-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2014_2020

FR: GE_GERICHTE A/2014/2020 du 12 mai 2022

IT: GE_GERICHTE A/2014/2020 del 12 maggio 2022

Erwägungen

E. 3

Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable.![endif]>![if> S'agissant de la recevabilité de certains documents médicaux, établis dans le cadre de la présente procédure, on soulignera que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_217/2019 du 5 août 2019 consid. 3). En l'espèce, tant les certificats du Dr G_____ que les appréciations du Dr F_____ portent sur les atteintes subies lors de l'accident de novembre 2018 et sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 1^{er} décembre 2019. Il ne s'agit ainsi pas de pièces relatives à des faits qui se seraient entièrement déroulés après la décision dont est recours, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les écarter de la procédure. La dernière appréciation du Dr F_____, qui se prononce sur l'entorse évoquée par le Dr G_____ lors de son audition, s'inscrit en outre dans le cadre du droit à la réplique garanti par le droit d'être entendu, ancré à l'art. 29 de la Constitution (Cst. – RS 101). Ce droit, compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable, confère à une partie le droit de prendre connaissance de toute argumentation présentée au tribunal et de se déterminer à son propos (arrêt du Tribunal fédéral 8C_104/2012 du 26 juin 2012 consid. 3.1).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 novembre 2019.![endif]>![if>

E. 5

![endif]>![if>

E. 5.1

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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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. ![endif]>![if>

E. 5.2

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un

accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).!

E. 6

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1 a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

E. 7

!

E. 7.1

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2).

E. 7.2

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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En

revanche, le statu quo ante ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, 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 accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ») (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références). ![/endif]>![if>

E. 8

![/endif]>![if>

E. 8.1

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).![/endif]>![if>

E. 8.2

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 convient 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. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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).![/endif]>![if>

E. 8.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). ![/endif]>![if>

E. 8.4

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).![/endif]>![if>

E. 9

Il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a et arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3). Afin d'assurer une égalité de traitement entre les assurés et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs que le droit à des prestations de l'assurance sociale suppose que l'allégation de douleurs soit corrélée à des observations médicales concluantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4). ![/endif]>![if>

E. 10

En l'espèce, l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières au 1^{er} décembre 2019. Le recourant affirme que son état de santé n'était pas stabilisé à cette date, invoquant essentiellement les douleurs de son genou. Il ne conteste en revanche pas que les séquelles au dos de son accident avaient disparu à cette date. ![/endif]>![if>

E. 10.1

En ce qui concerne l'état de santé du recourant, les médecins de la CRR et les Drs C_____ et F_____ ont établi des rapports pour l'essentiel formellement conformes aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Ces avis ont en effet été rédigés sur la base du dossier médical du recourant, les plaintes du recourant et les observations cliniques. Leurs conclusions sont claires et motivées. Le fait que le Dr F_____ n'ait pas procédé à un examen du recourant n'ôte pas toute valeur probante à son avis, conformément à la jurisprudence citée. ![/endif]>![if> On doit cependant noter que la contusion du genou gauche retenue par le Dr C_____, puis par les médecins de la CRR, n'a jamais été signalée dans la déclaration d'accident, ni par les médecins ayant prodigué les premiers soins. Une contusion est définie comme une lésion produite par un coup, un choc ou une compression sans plaie des téguments selon la définition du dictionnaire Larousse en ligne (<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contusion/18949>). Or, le recourant n'a jamais déclaré qu'il aurait subi un choc, une contusion ou même une compression au genou

lors de son accident, tant dans la déclaration que son employeur a relayée à l'intimée que dans ses explications complémentaires du 21 décembre 2018. Partant, on comprend mal sur quoi repose ce diagnostic. La survenance d'une contusion peut cependant rester ouverte, dès lors que la prise en charge des troubles du genou n'incombe pas à l'intimée au-delà du 30 novembre 2019, pour les motifs suivants.

E. 10.2

Le Dr G _____ a admis que les documents d'imagerie ne révélaient pas de lésion expliquant l'ampleur des douleurs du recourant. C'est du reste à des fins essentiellement diagnostiques qu'il suggérait un bilan arthroscopique. Lors de ce bilan, ce médecin a notamment procédé à la résection de la plica. Or, cette plica n'était pas visible lors de la première IRM de juillet 2019. Le Dr G _____ ne le conteste pas, mais soutient qu'elle n'a pu se former a posteriori. Ce point est cependant sans pertinence, dès lors que ce chirurgien a confirmé que l'origine de la plica n'était pas traumatique et qu'elle ne pouvait pas non plus avoir été décompensée par l'accident de novembre 2018. En d'autres termes, même si les douleurs du recourant devaient être imputées à cette plica – ce qui n'est du reste pas clairement démontré – la responsabilité de l'intimée ne pourrait être engagée, à défaut de lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et cette atteinte. [endif]>![if> Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr G _____ a pour la première fois évoqué une entorse lors de l'accident. On notera cependant qu'aucun de ses précédents rapports ne mentionnait un tel diagnostic et qu'il a en particulier exclu toute lésion traumatique à la lecture des documents d'imagerie. De plus, aucun symptôme d'une telle atteinte n'a été relevé par les médecins ayant traité le recourant dans les suites immédiates de son accident. On rappellera en effet que quatre jours après cet accident, aucune instabilité ligamentaire n'était notée par les médecins des HUG et qu'aucune anomalie sur ce plan n'a été révélée par les images radiologiques. Le médecin de la Clinique de Carouge a uniquement constaté des difficultés de mobilisation du membre inférieur gauche, imputables à l'atteinte lombaire. Le Dr B _____, premier chirurgien traitant du recourant, n'a pas non plus diagnostiqué d'entorse mais une contusion du bassin et des lombes dans ses premiers rapports. Le Dr F _____ a en outre donné des explications claires sur les entorses, étayées par des références scientifiques et des exemples d'imagerie, que n'infirme aucun élément médical au dossier. S'agissant en particulier du mécanisme propre à entraîner une telle lésion, la Cour de céans constate qu'il ne correspond pas à la chute sur les fesses décrite par le recourant, en l'absence de tout faux mouvement mentionné. Le Dr F _____ a également exposé de façon convaincante que les douleurs du genou pouvaient dans un premier temps être secondaires aux douleurs lombaires projetées. Une entorse ne paraît ainsi pas être la seule explication à des douleurs du genou après une chute sur les fesses. Qui plus est, on distingue mal l'incidence d'une éventuelle entorse sur les douleurs du recourant au moment où il a consulté le Dr G _____, puisqu'elle n'apparaissait plus alors à l'IRM et que l'arthroscopie n'a pas porté sur la réparation des ligaments, alors que ce sont ces structures qui sont affectées par une telle lésion selon les explications du Dr F _____. S'agissant des fissurations du ménisque et du cartilage détectées lors du bilan arthroscopique, le Dr G _____ a souligné que leur origine traumatique ne pouvait être déterminée. De plus, le Dr F _____ a considéré que les fissurations n'étaient pas de nature à entraîner des douleurs. Il n'a pas été contredit sur ce point par le Dr G _____, qui s'est dit « sur la même longueur d'onde ». Partant, on ne saurait pas retenir de lien de causalité naturelle entre l'accident – et en particulier une éventuelle entorse survenue lors de cet événement – et ces lésions, dont il n'est au demeurant pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles soient

propres à entraîner les troubles du recourant. Enfin, le Dr G_____ retient un rapport de cause à effet entre l'accident et les douleurs du recourant – qui sont en toute hypothèse insuffisamment objectivées par des substrats organiques – notamment en raison du fait que le recourant n'aurait pas connu de problèmes au genou avant l'accident. Or, il s'agit là d'un raisonnement post hoc, ergo propter hoc, insuffisant à établir un lien de causalité entre l'événement accidentel et une atteinte, comme le souligne à juste titre l'intimée. Quant à un des autres motifs qui conduit le Dr G_____ à admettre l'existence d'un tel lien, soit l'apparition de douleurs au genou immédiatement après l'accident, il ne résiste pas à l'examen. En effet, le recourant ne s'est jamais plaint de gonalgies dans les premiers mois qui ont suivi l'accident. Il a uniquement signalé des difficultés à étendre la jambe et des fourmillements. Le Dr H_____ a également décrit des douleurs du genou qui n'étaient apparues que dans un second temps. Il est possible que le recourant ait déclaré au Dr G_____ – dont il n'est pas établi qu'il aurait eu accès à l'entier du dossier constitué par l'intimée – que l'apparition de ses gonalgies était concomitante à l'accident de novembre 2018. Cependant, selon le principe de la déclaration de la première heure développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2).

E. 10.3

Par surabondance, même s'il fallait admettre un lien de causalité entre l'accident et les lésions constatées lors du bilan arthroscopique, cela ne suffirait pas à conclure à un état de santé non stabilisé au 1^{er} décembre 2019. En effet, le Dr G_____ a admis que l'arthroscopie programmée n'était pas une indication absolue, ce qui tend à démontrer qu'il n'en attendait pas de résultats significatifs. Or, comme cela ressort des principes exposés, c'est uniquement lorsque le traitement envisagé permet d'espérer une amélioration notable de l'état de santé d'un assuré que la stabilisation n'est pas acquise. Le fait que l'intervention pratiquée se soit en définitive révélée bénéfique – à tout le moins à court terme – ne peut en principe être pris en considération, les progrès qu'une option thérapeutique permet d'escompter ne pouvant être déterminés de manière rétrospective, conformément aux principes développés par la jurisprudence. ![/endif]>![if>

E. 10.4

Compte tenu de ces éléments, l'avis du Dr G_____ et l'arthroscopie pratiquée ne suffisent pas à mettre en doute sur les conclusions médicales fondant la position de l'intimée, selon lesquelles l'état de santé du recourant était stabilisé dès le 1^{er} décembre 2019.

![/endif]>![if> Dans ces circonstances, il est inutile d'ordonner une expertise orthopédique, par appréciation anticipée des preuves, (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2) et la production de la photo-documentation établie lors de l'arthroscopie s'avère elle aussi superflue. La décision de l'intimée doit être confirmée.

E. 11

Mal fondé, le recours est rejeté.![endif]>![if> Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES

SOCIALES : Statuant À la forme :

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