

GE_GERICHTE A/2238/2016 vom 18. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2238_2016

FR: GE_GERICHTE A/2238/2016 du 18 avril 2017

IT: GE_GERICHTE A/2238/2016 del 18 aprile 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1973, exerce une activité lucrative de chauffeur de taxi auprès de l'entreprise B_____. Il est à ce titre assuré par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS – SUVA (ci-après la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels. ![endif]>![if> 2. Le 6 décembre 2009, il a été victime d'un accident de la circulation. Il a souffert d'un traumatisme crânien, d'une fracture du tibia gauche et d'une fissure du péroné gauche. Il a subi un enclouage centromédullaire par clou T2 le 7 décembre 2009 au Département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).![endif]>![if> 3. Le cas a été pris en charge par la SUVA.![endif]>![if> 4. L'assuré a repris son travail à 50% dès le 1^{er} avril 2010 et à 100% dès le 31 mai 2010. Souffrant toutefois de douleurs au tibia se prolongeant le long de la jambe jusqu'à la cuisse et se manifestant lorsqu'il passe d'une station assise prolongée à une station debout, il a consulté le docteur C_____ fin juin 2010, lequel l'a mis en arrêt de travail à 50%.![endif]>![if> 5. L'assuré exerce son activité de chauffeur de taxi à titre indépendant depuis le 1^{er} juillet 2010. Le 12 avril 2011, le Dr C_____ a fixé sa capacité de travail à 50%.![endif]>![if> 6. Le 24 octobre 2011, le Dr C_____ a indiqué une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 31 août 2011.![endif]>![if> 7. Dans un rapport du 22 mars 2012, le Dr C_____ a fait état de la persistance d'une tuméfaction de la cheville et de la jambe avec des douleurs à l'effort prolongé et d'une raideur de la cheville. Aussi considère-t-il que la capacité de travail est restée à 50% depuis juillet 2010.![endif]>![if> 8. Le 7 septembre 2012, l'assuré a subi l'ablation du clou centromédullaire, pratiquée par le Dr D_____.![endif]>![if> 9. Le 6 novembre 2012, une rechute a été annoncée à la SUVA.![endif]>![if> 10. Le 22 janvier 2013, le Dr C_____ a constaté une légère tuméfaction du genou gauche avec douleurs au niveau de la tubérosité tibiale antérieure, ainsi qu'à la palpation du plateau tibial, et précisé que son patient pouvait travailler à 100% dès le 1^{er} février 2013. ![endif]>![if> 11. Par courrier du 8 mars 2013, le Dr C_____ a informé la SUVA que « contrairement à mon dernier rapport envoyé le 11 janvier 2013, la reprise du travail à 100% n'a pu être possible que le 4 mars 2013, ceci en raison de la persistance des douleurs au niveau du plateau tibial, ainsi qu'aux difficultés à fléchir son genou gauche, et malgré le fait que l'assuré ait bénéficié d'un traitement de physiothérapie pendant un mois qui a amélioré sa symptomatologie ». ![endif]>![if> 12. Une nouvelle incapacité de travail est signalée le 19 juin 2013 en raison de douleurs.![endif]>![if> Dans une note du 19 juillet 2013, le docteur E_____, médecin de la SUVA, a considéré que la relation de causalité entre l'incapacité de

travail à compter du 19 juin 2013 et l'accident du 6 décembre 2009 était pour le moins probable. L'assuré a ainsi été mis au bénéfice d'indemnités journalières, s'agissant de sa nouvelle incapacité de travail à compter du 19 juin 2013. 13. L'assuré a été à nouveau examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 16 décembre 2013. Le médecin a constaté que l'assuré avait repris son activité de chauffeur de taxi à 50% et considéré qu'« on peut s'attendre, compte tenu de l'évolution favorable et compte tenu de la longueur de l'évolution, à une reprise d'activité à 80% dès le 2 janvier 2014, puis à 100% au 1^{er} février 2014 (cf. rapport du Dr C_____ du 11 juin 2014) ». 14. Un nouvel arrêt de travail dès le 1^{er} novembre 2014 a été délivré par le Dr C_____ le 12 décembre 2014, avec une reprise du travail à 100% prévue pour le 1^{er} février 2015! Dans sa note du 13 janvier 2015, le docteur F_____, médecin de la SUVA, a considéré qu'il était difficile d'accepter la relation de causalité de la nouvelle incapacité de travail dès le 1^{er} décembre 2014 avec les conséquences de l'accident du 6 décembre 2009, dès lors que le tibia était consolidé. Il a ainsi préconisé de demander au Dr C_____ le bilan radiologique d'exploration de son genou. Après avoir pris connaissance des résultats de l'échographie de la jambe gauche du 27 juin 2014, il a toutefois admis que la relation de causalité entre la nouvelle incapacité de travail dès le 1^{er} décembre 2014 avec l'accident du 6 décembre 2009 était probable. Un examen médical final a été établi le 14 avril 2015 par le Dr E_____. Une reprise d'activité professionnelle à 100% est prévue pour le 1^{er} mai 2015. Le diagnostic retenu est celui de douleurs récidivantes après fracture du tibia gauche traitée par enclouage. Le médecin de la SUVA est d'accord pour une reprise, comme prévue avec le médecin traitant, pour le 1^{er} mai 2015 à 100%. Les indemnités journalières ont dès lors été allouées à l'assuré jusqu'au 30 avril 2015. 15. Une nouvelle incapacité de travail est annoncée dès le 1^{er} novembre 2015. Selon la note du Dr E_____ du 7 décembre 2015, la relation de causalité entre cette nouvelle incapacité de travail est probable avec l'accident pour une incapacité de travail à 50%. Le médecin considère qu'il n'y a pas de modification des conclusions de l'examen d'avril 2015, et que la reprise du travail à 100% devrait intervenir dès le 2 janvier 2016. Selon sa note du 8 février 2016, il n'y a « plus de relation de causalité. Nouvel examen à l'agence pas nécessaire au vu de l'examen du 14 avril 2015 bien détaillé. Séjour à la CRR pas nécessaire au vu de la pathologie présentée. Pronostic très favorable. On peut dès ce jour s'attendre à une reprise à 100% vu que le médecin traitant lui a reconnu une capacité de 50% depuis plus de trois mois. D'accord avec la prise en charge de deux consultations annuelles de suivi ». 16. Par courrier du 4 mars 2016, confirmé par décision du 6 avril 2016, la SUVA a informé l'assuré que lui seraient accordées les indemnités journalières jusqu'au 14 février 2016 inclus et la prise en charge de deux consultations médicales annuelles. 17. L'assuré a formé opposition le 19 avril 2016. Il se réfère au certificat établi par son médecin traitant le 12 avril 2016 selon lequel il ne peut reprendre son activité professionnelle à plein temps que le 1^{er} mai 2016. 18. Dans un avis du 11 mai 2016, le Dr E_____ a relevé que selon le médecin traitant, l'assuré souffrait de douleurs et de phénomènes de blocage au niveau du genou. Il constate toutefois qu'il n'y a pas eu de nouvelle consultation avec le chirurgien traitant. Il considère, à la lumière des examens cliniques et radiologiques disponibles, que la fracture est consolidée, le matériel ayant d'ailleurs été retiré. Selon lui, la profession exercée par l'assuré évite la station debout prolongée, de sorte qu'il peut travailler comme chauffeur de taxi à plein temps. 19. Par décision du 3 juin 2016, la SUVA a rejeté l'opposition, se fondant sur l'avis du Dr E_____, réaffirmant, dans le cadre de la procédure d'opposition en cours, qu'il n'y avait pas de modification par rapport à ses prises

de position antérieures concernant la capacité de travail de l'assuré. Il résultait en outre des conclusions de la doctoresse G_____ de l'Institut d'imagerie médicale qu'il n'y avait pas de fracture présente, ni signe pour une arthrose. 20. L'assuré, représenté par Me Monique STOLLER FÜLLEMANN, a interjeté recours le 30 juin 2016 contre ladite décision. Il conclut à la prise en charge des indemnités journalières du 15 février au 30 avril 2016. Le 23 septembre 2016, il a complété son recours en rappelant que le médecin-conseil de la SUVA ne l'avait pas examiné, de sorte que son appréciation ne pouvait justifier la suppression des indemnités journalières avec effet au 14 février 2016. Il joint par ailleurs une attestation de son médecin traitant, datée du 22 septembre 2016, aux termes de laquelle « l'assuré a présenté, suite à son accident en 2009, une tuméfaction du genou gauche, aggravée en position debout avec douleurs accompagnées de blocages en fin de journée. Ce problème de genou s'est chronicisé et l'assuré a constaté une exacerbation de sa symptomatologie avec de fortes douleurs et lâchage du genou gauche ; ce qui a justifié l'arrêt de travail du 15 février au 30 avril 2016 à 50%. Il existe des séquelles actuelles sous forme d'œdèmes de sa jambe gauche ». 21. Dans sa réponse du 15 décembre 2016, la SUVA a indiqué avoir soumis le cas à sa division médicale. Aussi se réfère-t-elle à l'appréciation du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel s'est prononcé le 14 décembre 2016 sur l'existence d'une relation de causalité entre les troubles postérieurs au 15 février 2016 et l'accident. Le Dr H_____ a expliqué que « les fractures provoquées par l'accident assuré sont parfaitement consolidées avec des rapports articulaires entièrement conservés. L'échographie de la jambe gauche réalisée en février 2015 n'a mis en évidence qu'un petit foyer hypoéchogène centimétrique antérieur devant la corticale tibiale. Or, ces atteintes ne permettent d'expliquer ni l'œdème et les blocages ou lâchages, ni l'incongruence évoquée par le médecin traitant de l'assuré. Il reste probable qu'une partie de la symptomatologie du genou gauche observée chez l'assuré soit en relation avec la mise en place en décembre 2009 d'un clou centromédullaire. Pour autant, de tels symptômes n'entraînent pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré ». La SUVA a relevé encore que le Dr C_____ n'attribuait les lâchages du genou et les œdèmes évoqués à aucune séquelle objective de l'accident. Les douleurs qu'il mettait en évidence ne reposaient pas non plus sur des constatations médicales fiables et précises susceptibles de remettre en cause l'appréciation objective des circonstances fournies par le Dr H_____. La SUVA a conclu au rejet du recours. 22. Dans sa réplique du 6 février 2017, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a produit un courrier du Dr C_____ du 24 janvier 2017, répondant à la question de savoir comment il expliquait que les symptômes rapportés restent compatibles avec l'exercice d'une activité de chauffeur, mais entraînent une incapacité partielle de travail. Le Dr C_____ a indiqué qu'il s'agissait « d'une aggravation de la symptomatologie au niveau du genou gauche suite à un port de charge et à des mouvements de pliage et en position assise. L'assuré a une activité à 50%. Il évite les mouvements, car son genou est tuméfié ». 23. Dans sa duplique du 1^{er} mars 2017, la SUVA a constaté que le Dr C_____ n'étayait ses conclusions par aucun élément de motivation. Il ne disait rien sur l'origine des symptômes évoqués et ne soutenait pas non plus que ceux-ci se rapportaient à des séquelles objectives de l'accident. Du reste, il ne remettait pas expressément en cause l'appréciation du Dr H_____ dont il avait pourtant pris connaissance. La SUVA a dès lors maintenu sa position. 24. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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).! [endif]>! [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.! [endif]>! [if> 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).! [endif]>! [if> 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières LAA du 15 février 2016, date à compter de laquelle il est reconnu par la SUVA comme pleinement apte à reprendre son activité professionnelle, au 30 avril 2016.! [endif]>! [if> 5. 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, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).! [endif]>! [if> Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 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 se présente 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1).! [endif]>! [if> 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 maladif 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) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 7. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit,

au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (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). 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) selon 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; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Le Tribunal fédéral a notamment considéré qu'un mauvais appui en raison d'une blessure au pied ou à la jambe ou encore un raccourcissement de la jambe, etc. peuvent entraîner des douleurs au dos, pouvant être qualifiées de séquelles accidentelles indirectes (RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2, arrêt du Tribunal fédéral U 522/06 du 12 octobre 2007 consid. 5.1). Cependant, une boiterie d'évitement n'est pas propre à causer une surcharge des vertèbres en l'absence d'une déformation grave supplémentaire (comme une différence de la longueur des jambes ou d'une arthrose de la hanche) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2008 du 4 juillet 2008 consid. 3.2). Dans ce contexte, notre Haute Cour a également considéré que les symptômes d'un mauvais appui en tant que séquelle indirecte d'un accident pouvaient apparaître tardivement (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 303/06 consid. 6.2.1). Il y a également lieu de relever que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2 et I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b notamment). 8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications

les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]). À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.1).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

11. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être

apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 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 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).!endif]>[if> 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).!endif]>[if> 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 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). 13. En l'occurrence, l'assuré se plaint de douleurs et de phénomènes de blocage au niveau du genou, lesquels justifieraient une prolongation de son arrêt de travail du 15 février au 30 avril 2016.!endif]>[if> Il se réfère au certificat établi par son médecin traitant le 12 avril 2016, indiquant une reprise de travail à plein temps pour le 1 er mai 2016, et à une attestation du même médecin, datée du 22 septembre 2016, aux termes de laquelle celui-ci explique que le « problème de genou s'est chronicisé et l'assuré a constaté une exacerbation de sa symptomatologie avec de fortes douleurs et lâchages du genou gauche, ce qui a justifié l'arrêt de travail du 15 février au 30 avril 2016 à 50%. Il existe des séquelles actuelles sous forme d'œdèmes de sa jambe gauche ». Le 24 janvier 2017, le Dr C_____ a précisé que son patient souffrait d'une aggravation de la symptomatologie au niveau du genou gauche suite à un port de charge et à des mouvements de pliage et en position assise. 14. La SUVA a au contraire considéré que dès le 15 février 2016, l'assuré était pleinement apte à reprendre son activité professionnelle, ce sur la base de l'avis du Dr E_____ du 11 mai 2016, qui a constaté que la fracture était consolidée, et sur l'appréciation du Dr H_____, du 14 décembre 2016, selon lequel il n'y a pas de relation de causalité entre les troubles postérieurs au 15 février 2016 et l'accident du 6 décembre 2009, au motif que « les fractures provoquées par l'accident assuré sont parfaitement consolidées avec des rapports articulaires entièrement conservés. L'échographie de la jambe gauche réalisée en février 2015 n'a mis en évidence qu'un petit foyer hypoéchogène centimétrique antérieur devant la corticale tibiale. Or, ces atteintes ne permettent d'expliquer ni l'œdème et les blocages ou lâchages, ni l'incongruence évoquée par le médecin traitant de l'assuré. Il reste probable qu'une partie de la symptomatologie du genou

gauche observée chez l'assuré soit en relation avec la mise en place en décembre 2009 d'un clou centromédullaire. Pour autant, de tels symptômes n'entraînent pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle de l'assuré ».[endif]>![if> 15. Quand bien même les Drs E_____ et H_____ sont employés par la SUVA, on ne peut pas conclure de ce seul fait à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Une pleine valeur probante doit dès lors être attribuée à leurs appréciations si celles-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 (ATAS/478/2016). Tel est le cas en l'occurrence, de sorte qu'il y a lieu de considérer que les avis de ces deux médecins ont valeur probante. ![endif]>![if> 16. Les Drs E_____ et H_____ considèrent qu'il n'y a plus de lien de causalité naturelle entre les douleurs dont souffre encore l'assuré au-delà du 15 février 2016 et l'accident du 6 décembre 2009.![endif]>![if> 17. L'assuré le conteste. Il est vrai que le Dr C_____ indique la persistance d'une incapacité de travail de 50% du 15 février au 30 avril 2016. Il n'explique cependant pas pourquoi, se contentant de déclarer que l'assuré lui a fait part de fortes douleurs et lâchages de son genou, sans se prononcer sur leur origine . ![endif]>![if> Il y a lieu de rappeler que les médecins ont régulièrement fait état d'une évolution favorable, et que l'ablation du clou centromédullaire a été pratiquée le 7 septembre 2012. Tant le médecin traitant que le médecin de la SUVA étaient d'accord pour fixer la reprise du travail à 100% au 1 er mai 2015. Ils signalaient alors un bon pronostic. Les Drs E_____ et H_____ considèrent, à la lumière des examens cliniques et radiologiques disponibles, que la fracture est consolidée. La Dresse G_____ a confirmé le 19 mai 2016 qu'il n'y avait ni fracture présente, ni signe pour une arthrose. Le Dr C_____ ne le conteste pas. Il se borne à déclarer que le problème du genou s'est chronicisé et constate que l'assuré souffre d'œdèmes à la jambe gauche qui sont, selon lui, « des séquelles actuelles ». Force est de constater que le Dr C_____ ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par le Dr E_____ ou le Dr H_____ et qui soit suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de ces derniers. Rien dans le dossier ne permet d'objectiver un substrat organique permettant d'expliquer les douleurs, qui soit dans un lien de causalité naturelle avec l'accident et l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par l'assuré. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/08). 18. Force est en conséquence de constater qu'un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par l'assuré au-delà du 15 février 2016 et l'accident du 6 décembre 2009 n'a pas été établi. Il est partant inutile d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate. Aussi ne peut-on que confirmer, au vu de ce qui précède, la suppression des indemnités journalières au 15 février 2016.![endif]>![if> Le recours est, partant, rejeté. 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.