

GE_GERICHTE A/2889/2016 vom 8. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2889_2016

FR: GE_GERICHTE A/2889/2016 du 8 août 2017

IT: GE_GERICHTE A/2889/2016 del 8 agosto 2017

Erwägungen

E. 2

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 20 mai 2016. Singulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés après cette date sont en lien de causalité avec l'événement assuré du 14 juillet 2015.

E. 3

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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 4. 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, 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; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

5. a. 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; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).> b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario , aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 6

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 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 7. a. 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 LPG), 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). b. 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 8. 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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). 9. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas

d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).!endif>![if> b. 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

a. En l'espèce, l'intimée considère que le statu quo sine a été atteint le 8 février 2016. Se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du 3 mai 2016, elle soutient que les troubles qui subsistent au 8 février 2016 ne sont plus dus à l'accident, mais sont exclusivement de nature malade. b. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr G_____ est conforme aux réquisits jurisprudentiels. En effet, ses conclusions sont claires et motivées et se fondent sur une connaissance approfondie du dossier, sur l'interrogatoire de la recourante au sujet de ses plaintes et sur un status clinique fouillé. Il en ressort que la chute accidentelle de la table de travail survenue le 14 juillet 2015 au centre médical d'Onex avait bien causé, au pied gauche, une rupture partielle du ligament talonaviculaire dorsal ainsi qu'une entorse bénigne du ligament tibiotarsien médial, mais que la dégénérescence de l'articulation cunéoméatarsienne du premier rayon était antérieure à l'accident et n'avait pas été aggravée par celui-ci. Selon l'expert, ce même événement avait causé, au genou gauche, une contusion du secteur sous-cortical du condyle fémoral médial ainsi qu'une déchirure de l'insertion proximale des fibres profondes du ligament collatéral médial. Par contre, les dégénérescences cartilagineuses du compartiment interne, externe et fémoropatellaire, les déchirures méniscales internes, le kyste de Baker et la dégénérescence kystique du ligament croisé antérieur correspondaient à des atteintes dégénératives d'évolution lente, préexistantes à l'événement du 14 juillet 2015. En outre, ces dégénérescences cartilagineuses ainsi que le kyste de Baker n'avaient été aggravés ni par la chute du 14 juillet 2015, ni par celle du 23 décembre 2015. Il en allait de même des déchirures méniscales internes, purement dégénératives, et de la dégénérescence kystique

du ligament croisé antérieur qui était « par définition dégénérative ». L'état clinique du genou gauche correspondait, depuis novembre 2015, à une poussée congestive de gonarthrose dans un contexte d'état dégénératif préexistant. Le lien de causalité entre l'accident et cette poussée était tout au plus possible, étant donné que le traumatisme n'avait pas entraîné d'aggravation manifeste des lésions dégénératives préexistantes et qu'il s'agissait d'une évolution classique de toute arthrose du genou qui serait survenue tôt ou tard même en l'absence de tout traumatisme, vu l'importance de l'état dégénératif (cf. pp. 44 à 46 du rapport d'expertise). c. Selon la recourante, les conclusions de cette expertise ne sauraient justifier la fin du droit aux prestations au 20 mai 2016. En effet, elle aurait continué à souffrir à la fois du pied et du genou gauches après la date du statu quo sine retenue par l'expert. Elle en veut notamment pour preuve la poursuite de son suivi médical par les Drs E_____ et I_____ pour le pied et par la Dresse H_____ pour le genou. d. À l'examen des rapports des Drs E_____ et I_____ des 11 janvier, 29 février et 23 mars 2016, la chambre de céans constate qu'on ne retrouve aucune ligne qui se prononcerait sur les questions de causalité examinées par l'expert, à l'exception du dernier paragraphe du rapport du 23 mars 2016 : « Par ailleurs, si la lésion au Spect CT est localisée sur C1M1 et de type dégénérative, il est tout à fait possible qu'elle ait encore des douleurs liées au traumatisme de son Chopart (articulation talo-naviculaire) ». Toutefois, il ne suffit pas qu'il soit « tout à fait possible » que les douleurs du premier rayon – également relevées par l'expert –, évoquées en rapport avec une hyperfixation au niveau de l'articulation C1M1 gauche (cf. rapport du 23 mars 2016, § 3) soient liées au traumatisme de l'articulation talo-naviculaire puisqu'une telle éventualité, qui n'est d'ailleurs nullement motivée par ces médecins, doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante pour être pertinente. On relèvera pour le surplus que l'expert a exposé de façon motivée que la dégénérescence de l'articulation cunéoméatarsienne du premier rayon à gauche n'entraînait aucune incapacité fonctionnelle (cf. rapport d'expertise p. 35). Dans son rapport du 2 mai 2016, la Dresse H_____ fait état de l'apparition de douleurs invalidantes au niveau du genou gauche depuis la chute du 14 juillet 2015. Elle précise en outre que les mobilités articulaires sont normales, qu'il n'y pas d'épanchement articulaire et pas d'argument pour une lésion ligamentaire. Quoiqu'en dise la recourante, ce rapport se borne à constater, sur le point décisif, que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance de l'accident du 14 juillet 2015, ce qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ci-dessus : consid. 4). Pour le surplus, la Dresse H_____ ne se prononce pas non plus sur les causes de l'arthrose fémoro-tibiale interne débutante, de la lésion du ménisque interne et de la présence d'un œdème intra-osseux, soit des affections dont l'étiologie a précisément été examinée de façon détaillée par l'expert. S'agissant en particulier de l'œdème intra-osseux, la recourante indique ne pas comprendre comment celui-ci aurait été résorbé au jour de l'expertise alors qu'il ressortait clairement du rapport de la Dresse H_____, postérieur à l'expertise, que cet œdème tendait seulement à diminuer, cette symptomatologie pouvant « rester importante pendant une période déterminée ». Ces arguments ne sauraient être suivis. En effet, l'affirmation selon laquelle l'œdème intra-osseux tendrait uniquement à diminuer ne se fonde pas sur des examens postérieurs à l'expertise mais sur les examens complémentaires réalisés le 2 novembre 2015 et le 8 février 2016 par les Drs J_____ et K_____ (cf. rapport d'expertise p. 43), radiologues auprès de l'institut Imagerie-La Colline, comme l'atteste le passage suivant du rapport du 2 mai 2016 de la Dresse H_____ : « À noter, sur les examens complémentaires réalisés, la présence d'un œdème intra-osseux qui tend à

diminuer ». Il ressort toutefois clairement desdits examens complémentaires que cet œdème, qui était encore présent le 2 novembre 2015, ne l'était plus le 8 février 2016 puisque ces radiologues ont conclu, à l'instar de l'expert, à la « résolution du foyer d'œdème intra-spongieux du condyle fémoral médial » à cette deuxième date. C'est également la raison pour laquelle l'expert G_____ – qui ne conteste pas la nature accidentelle de cet œdème – a fixé la date du statu quo sine précisément au 8 février 2016 (cf. rapport d'expertise, p. 42 et 52). Force est donc de constater que les rapports médicaux sur lesquels se fonde la recourante ainsi que les simples allégations de cette dernière ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du 3 mai 2016. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à compter du 8 février 2016, l'accident du 14 juillet 2015 ne déployait plus ses effets. Partant, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations au 20 mai 2016.

E. 11

Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). *** 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.