

GE_GERICHTE A/3189/2008 vom 19. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3189_2008

FR: GE_GERICHTE A/3189/2008 du 19 mai 2009

IT: GE_GERICHTE A/3189/2008 del 19 maggio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.05.2009
A/3189/2008

A/3189/2008 ATAS/579/2009 du 19.05.2009 (LAA) , ADMIS Recours TF déposé le 26.06.2009, rendu le 08.04.2010, ADMIS, 8C_552/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3189/2008 ATAS/579/2009 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 19 mai 2009 En la cause Monsieur M_____, domicilié à SATIGNY, comparant par Maître Corinne MONNARD SÉCHAUD, en l'Étude de qui il élit domicile et SWICA Organisation de Santé, p. a. 39, boulevard de Grancy, Lausanne recourants contre Compagnie d'Assurances NATIONALE SUISSE, service juridique, Wuhrmattstrasse 21, BOTTMINGEN intimée EN FAIT Né en 1947, Monsieur M_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) travaillait au service de l'État de Genève (ci-après l'employeur) en qualité de garde-frontière. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnel et non professionnel, auprès de Compagnie d'Assurances NATIONALE SUISSE (ci-après l'assureur-accidents ou l'intimée). Il était en outre assuré contre le risque de maladie auprès de SWICA Organisation de santé (ci-après l'assureur-maladie ou la recourante). Le 12 mai 2004, l'assuré a, pendant l'exercice de son activité professionnelle, fait une chute dans les escaliers d'accès aux quais 7 et 8 de la gare de Cornavin. Souffrant d'un hématome au genou droit, il s'est soigné avec de la glace et du Ponstan. Le 17 mai suivant, il a consulté le docteur A_____, son médecin-traitant, qui a attesté une incapacité de travail jusqu'au 2 juin 2004. Souffrant toujours de douleurs au genou droit, l'assuré s'est à nouveau présenté à la consultation de son médecin le 27 juillet 2004. Une nouvelle incapacité de travail a été attestée à partir du 25 juillet 2004, pour une durée indéterminée. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée le 29 juillet 2004. Selon le rapport du docteur B_____, spécialiste en radiologie médicale, l'examen avait mis en évidence une hauteur anormale de plus de 5 mm du ménisque interne au niveau de sa corne postérieure, suggérant la présence d'une variante mineure d'un ménisque discoïde qui ne s'étendait cependant pas au centre du genou. Le centre hyperintense de ce ménisque, qui présentait un aspect normal dans cette forme d'anomalie, ne pouvait pas être interprété comme dégénérescence mucoïde. D'autre part, aucune déchirure de la surface n'était visible au niveau du ménisque interne ou externe. Pour le surplus, une minime chondropathie au niveau du côté interne de la rotule et un minime épanchement en intra-articulaire avaient été constatés. Dans son rapport médical initial, établi le 28 août 2004, le docteur A_____ a diagnostiqué une contusion du genou droit de son patient. Le praticien précisait que cette articulation avait subi une torsion, et qu'il y avait constaté un discret épanchement et des douleurs au creux poplité. Compte tenu de la présence d'un remodelé arthrosique et d'une possible pathologie lombaire associée, le docteur A_____ n'a pas tranché la question de savoir si les lésions constatées étaient ou non dues exclusivement

à l'accident. Pour le surplus, il a estimé à quatre semaines le temps nécessaire pour mettre un terme au traitement. Le 10 septembre 2004, l'assuré s'est, sur le conseil de son médecin-traitant, présenté à la consultation du docteur C _____, spécialiste en rhumatologie, pour un avis concernant la persistance des douleurs éprouvées au genou droit. Il ressort notamment de l'attestation établie par le docteur C _____ qu'il souhaitait revoir l'assuré à la fin du mois, quand les résultats de l'échographie du creux poplité demandée au docteur D _____ seraient connus, pour déterminer la reprise du travail, puisqu'il était « clair » qu'il s'agissait d'un cas d'accident, le mécanisme du 12 mai 2004 étant celui d'une entorse avec contusion. Par certificat médical du 29 octobre 2004, le docteur C _____ a attesté, pour une durée indéterminée, une incapacité totale de travail à compter du 26 juillet 2004 en raison de la rechute constatée. Selon les conclusions du rapport de l'échographie réalisée le 16 septembre 2004 par le docteur de D _____, l'assuré présentait une tuméfaction qui s'étendait au plan inter-tendino-condylien, et la corne postérieure du ménisque interne, relativement épaisse, n'était pas modifiée dans sa structure ; il s'agissait donc d'un conflit poplité interne, réalisé par des phénomènes irritatifs du carrefour tendineux des muscles demi-membraneux et jumeau interne et de la coque postérieure du condyle interne. Par lettre du 20 septembre 2004 adressée à l'assuré, l'assureur-accidents a confirmé la prise en charge des indemnités journalières pour perte de gain et des frais de traitement. Selon le rapport de l'examen effectué le 4 novembre 2004 par le docteur E _____, spécialiste en radiologie, la statique du genou droit de l'assuré était normale. Il n'y avait pas d'image de fracture ou d'arrachement, ni de lésion ostéo-chondrale décelable, et la rotule et les plateaux tibiaux étaient indemnes. Le praticien relevait cependant la présence d'une petite zone de déminéralisation au niveau du condyle fémoral externe, dans sa partie latérale et inférieure, et d'un épanchement articulaire. Le 18 novembre 2004, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit, opérée par le docteur F _____. Selon le compte-rendu opératoire établi par ce chirurgien, l'intervention avait permis de visualiser une souris articulaire, c'est-à-dire un corps libre, de 4 mm de diamètre, aux contours irréguliers et de consistance dure, située sur la corne postérieure du ménisque interne, laquelle présentait une lésion grade 2 ; de plus, les cartilages tibial et fémoral présentaient une chondropathie stade 2. En dépit des requêtes adressées au docteur F _____ les 20 décembre 2004, 18 janvier, 9 mars, 18 mars, 8 juin, 11 juillet, 15 août, 16 septembre et 10 octobre 2005 notamment, celui-ci n'a communiqué ledit compte-rendu à l'assureur-accidents que le 5 juin 2007. L'assuré a repris l'exercice de son activité professionnelle le 4 janvier 2005. Les 2 février 2005, le docteur G _____, spécialiste en radiologie, a réalisé des radiographies de la colonne lombaire et du genou droit de l'assuré, à l'examen desquelles il a notamment conclu à la présence d'une scoliose à convexité gauche, d'une cunéisation des vertèbres avec ostéophytose antérieure étagée, d'une discopathie sévère L5-S1, d'une arthrose inter-apophysaire et de lésions dégénératives des articulations sacro-iliaques, d'un pincement modéré du compartiment interne du genou mais sans ostéophytose et de l'effacement partiel de la bourse sous-quadricipitale évoquant la présence d'un épanchement intra-articulaire. Au terme d'un nouvel examen du genou, réalisé le 11 juillet 2005, le docteur G _____ a conclu à la présence d'un pincement modéré du compartiment interne, avec ébauche ostéophyttaire du plateau tibial interne, et d'une tuméfaction modérée des parties molles dans la partie antérieure de la rotule pouvant traduire une bursite, ainsi qu'à l'absence d'une calcification méniscale objectivable et de signes indirects d'épanchement intra-articulaire. Selon une attestation établie par le docteur A _____ à l'attention de l'assureur-accidents le

27 juillet 2005, qui précisait n'avoir plus examiné l'assuré depuis onze mois, les problèmes orthopédiques rencontrés par celui-ci avaient pour origine les gonalgies droites. Par décision du 28 juin 2007, l'assureur-accidents a refusé la prise en charge du traitement de l'assuré à compter du 13 août 2004, au motif que, de l'avis de son médecin-conseil, le statu quo sine avait été atteint à cette date, les mesures thérapeutiques subséquentes étant à prendre en charge par l'assureur-maladie. L'assureur-accidents précisait cependant qu'il renonçait à demander le remboursement des notes d'honoraires déjà réglées par ses soins au-delà de la date précitée. Par lettre du 11 juillet 2007, complétée le 9 janvier 2008, l'assuré a fait opposition à la décision précitée et conclu à son annulation. Le 16 août 2007, l'assureur-accidents a notifié sa décision à l'assureur-maladie. Dans un rapport médical sollicité par l'assureur-accidents et établi le 30 août 2007 par le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, ce praticien a résumé sa position comme suit. Victime d'un accident le 12 mai 2004, l'assuré s'était présenté à la consultation du docteur A_____ cinq jours plus tard. Les examens médicaux effectués avaient permis de poser les diagnostics de contusions du genou droit et de troubles dégénératifs débutants ; l'arthroscopie réalisée en novembre 2004 n'avait pas objectivé de lésion méniscale. En l'absence de lésion objectivable clairement post-traumatique, et au vu des troubles dégénératifs débutants sur probable surcharge pondérale, l'assuré pesant une centaine de kilogrammes, il convenait de fixer le statu quo sine trois mois après l'accident, de sorte que l'assureur-accidents n'avait pas à prendre en charge ladite arthroscopie, laquelle n'avait d'ailleurs mis en évidence que des troubles dégénératifs. Par lettre du 13 septembre 2007, complétée le 10 octobre suivant, l'assureur-maladie a déclaré faire opposition à la décision du 28 juin 2007. Par décision du 11 juillet 2008, l'assureur-accidents a rejeté les oppositions et confirmé sa précédente décision. Par mémoire adressé au Tribunal de céans le 4 septembre 2008 et complété le 19 novembre suivant, l'assureur-maladie a interjeté recours contre la décision du 11 juillet précédent ; la cause a été enregistrée sous le numéro A/3189/2008. La recourante conclut à l'annulation de la décision du 11 juillet 2008 et à ce que l'assureur-accidents soit condamné à prendre en charge le traitement de l'assuré, soit notamment l'arthroscopie, au-delà du 13 août 2004. Elle fait en substance valoir que l'assureur-accidents, qui en supporte le fardeau, n'a pas rapporté la preuve de ce que le statu quo sine avait été retrouvé trois mois après l'accident. L'assuré était encore en traitement par la suite et, en particulier, le docteur C_____ avait attesté, le 8 octobre 2004, qu'il était clair qu'il s'agissait des suites de l'entorse avec contusion survenue le 12 mai précédent. D'autre part, l'arthroscopie du 18 novembre 2004 avait révélé la présence d'un corps étranger, de même qu'une lésion de la corne postérieure du ménisque. Or, contrairement à ce que soutient l'intimée, une lésion du ménisque constitue bien une lésion corporelle assimilée à un accident. Dans la mesure où c'était seulement après le traumatisme subi le 12 mai 2004 qu'une instabilité du genou droit était apparue, il s'imposait de considérer que le statu quo sine n'avait en tout cas pas été atteint avant l'opération chirurgicale précitée. Le 12 septembre 2008, l'assuré a pour sa part interjeté recours contre la même décision par-devant le juge vaudois. Celui-ci ayant décliné sa compétence en faveur du Tribunal de céans et transmis l'ensemble du dossier le 5 novembre 2008, le recours de l'assuré a été enregistré, à cette date, sous le numéro de cause A/3976/2008. Le recourant conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les suites de l'accident du 12 mai 2004. À titre préalable, il requiert la mise en œuvre d'une expertise propre à préciser le lien de causalité entre l'accident et ses suites, ainsi que le témoignage du docteur I_____, son

médecin-traitant. Sur le fond, le recourant fait notamment valoir qu'à la faveur de l'arthroscopie qu'il avait réalisée le 18 novembre 2004, le docteur F_____ avait clairement établi l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, au sens de la réglementation applicable, la lésion grade 2 de la corne postérieure constituant une déchirure du ménisque qui permettait à tout le moins d'éviter d'effectuer la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Pour le surplus, faute d'avoir établi que la lésion constatée était exclusivement dégénérative, l'assureur-accidents était tenu d'en prendre en charge le traitement. Par mémoire de réponse du 19 novembre 2008, l'assureur-accidents a conclu au rejet des recours dans la mesure de leur recevabilité et à ce que sa décision du 11 juillet 2008 soit confirmée. En substance, l'intimée fait valoir que, contrairement à ce que soutiennent les recourants, les documents médicaux recueillis, soit les rapports établis par les docteur B_____, de D_____, C_____, E_____ et G_____, et le fait que le docteur F_____ n'ait pas pratiqué une résection au cours de l'intervention du 18 novembre 2008, avaient permis d'écarter l'hypothèse d'une déchirure du ménisque ou d'une lésion ligamentaire. De surcroît, une lésion de grade 2 de la corne postérieure n'équivaut pas à une déchirure du ménisque, et la jurisprudence ne permet pas d'étendre la liste réglementaire exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident. À l'audience de comparution des mandataires du 27 janvier 2009, le Tribunal a ordonné la jonction des causes A/3189/2008 et A/3976/2008 sous le premier numéro. Le conseil du recourant a produit un avis médical rendu à sa demande le 19 janvier 2009 par le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il ressort notamment de ce document que l'estimation d'un statu quo sine trois mois après l'accident était arbitraire, dès lors que l'évolution défavorable avait amené le médecin-traitant de l'assuré à demander une consultation chez un spécialiste de l'appareil locomoteur et qu'il n'y avait pas eu d'interruption dans la chaîne des soins de mai 2004 à la reprise du travail par l'assuré, en janvier 2005. Il y est en outre exposé que, lors de l'arthroscopie, la constatation d'une solution de continuité dans la surface méniscale sur la face supérieure, au niveau de la corne postérieure du compartiment interne, correspondait à une déchirure, décrite dans le protocole opératoire sous l'appellation « lésion grade 2 de la corne postérieure », ce que le docteur F_____ avait confirmé subséquentement par téléphone. L'évolution postopératoire n'avait pas connu de complication, la reprise du travail avait pu se faire six semaines après l'intervention chirurgicale, et l'assuré n'avait plus déclaré de symptomatologie douloureuse significative ou incapacitante depuis lors. Pour sa part, le conseil de l'intimée s'est notamment engagé à solliciter un avis circonstancié du docteur H_____ sur l'avis du docteur J_____. Par lettre du 5 mars 2009, l'assureur-accidents a confirmé ses conclusions tendant au rejet des recours et à la confirmation de la décision querellée. Commentant un rapport complémentaire établi le 26 février précédent par le docteur H_____ et annexé à sa missive, elle faisait notamment valoir que, la lésion de la corne postérieure du ménisque retenue par le docteur F_____ étant stable, la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré s'expliquait non pas par cette lésion mais par la présence d'une souris articulaire. D'autre part, les lésions produites par un accident entraînant des douleurs aiguës et un arrêt de travail relativement rapide après l'événement, le fait que l'assuré avait repris le travail le 2 juin 2004 et qu'une nouvelle incapacité de travail survienne deux mois et demi après l'accident tendait à montrer qu'il s'agissait plutôt de l'aggravation progressive d'une pathologie dégénérative. Le « minime remodelé arthrosique » et les chondropathies de stade 2 diagnostiqués correspondaient également à des signes de troubles dégénératifs

débutants. En conclusion, le statu quo sine vel ante trois mois après la survenance de la contusion du genou droit était confirmé, de même que l'absence d'une relation de causalité directe entre les douleurs annoncées en juillet 2004 et l'accident du mois de mai. Par lettre du 6 avril 2009, le recourant a notamment produit un avis complémentaire établi le 31 mars précédent par le docteur J _____, et déclaré qu'à son sens, la cause était en état d'être jugée. De l'avis du praticien, extraits de littérature médicale à l'appui, il ressort que les souris articulaires cartilagineuses importantes (3 mm ou plus) sont habituellement d'origine traumatique et proviennent de la surface articulaire de la rotule, du fémur ou du tibia. Les symptômes générés peuvent être identiques à ceux qu'entraîne une déchirure méniscale. D'autre part, le détachement d'un fragment de cartilage lors d'un événement traumatique laisse une lésion de la surface articulaire, laquelle n'est souvent plus visible après six mois quand un processus de réparation a eu lieu. Compte tenu de l'évolution clinique de l'assuré, à savoir absence de symptômes avant l'accident et disparition des symptômes après le traitement chirurgical, il n'était pas légitime de penser que la souris articulaire était d'origine dégénérative. Par lettre du 9 avril 2009, l'assureur-maladie a notamment confirmé ses conclusions et déclaré que la cause pouvait être gardée à juger. À l'appui de sa détermination, la recourante a produit un avis de son médecin-consultant, le docteur K _____, dont il ressort que le traumatisme direct avec hématome, initialement décrits, avaient pu provoquer l'apparition d'une souris articulaire ; ni l'IRM ni l'arthroscopie n'avaient cependant fait état d'un défaut sur l'une quelconque des surfaces de l'articulation. Une minime chondropathie, telle que décrite en juillet 2004, pouvait être le résultat d'un traumatisme direct, mais elle n'était pas propre à générer une souris articulaire. D'autre part, le rapport d'IRM présentait la forme du ménisque interne de l'assuré comme anormale, mais nullement comme dégénérée ou due à une lésion traumatique. En conclusion, dans la mesure où l'indication de l'arthroscopie avait été posée pour soulager des douleurs que l'assuré ne présentait ni avant l'accident ni après l'opération, celle-ci et le traitement postopératoire pendant trois mois environ auraient dû être pris en charge par l'assureur-accidents. Par lettres du 16 avril 2009, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 5 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1^{er} al. 1^{er} LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément. Conformément à l'art. 60 al. 1^{er} LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. La décision du 11 juillet ayant été reçue par les recourants le 14 juillet 2008, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu de la suspension légale prévue à l'art. 38 al. 4 LPGA, courant du 15 juillet au 15 août inclusivement, et du fait que le terme devait échoir un dimanche, il a été reporté au lundi 15 septembre 2008. Interjetés dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), les recours déposés à l'office postal les 4 et 12 septembre 2008 respectivement sont recevables. Le litige porte sur la question de savoir qui, de l'assureur-maladie ou de l'assureur-accidents, répond de la prise en charge des soins prodigués au genou droit du recourant à compter du 14 août 2004. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1^{er} LAA). 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 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références citées). Le caractère accidentel des événements survenus le 12 mai 2004 n'est en l'espèce pas contesté. Seule est litigieuse la question de savoir si les soins prodigués au genou droit du recourant après le 13 août 2004, et en particulier l'intervention chirurgicale du 18 novembre 2004, étaient ou non conséquences de ces événements. Il sied ici de préciser que, sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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. Si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, il est convaincu 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 (ATF 122 II 469 consid. 4a). En l'espèce, il est apparu d'emblée que le présent litige porte moins sur les faits que sur l'appréciation juridique de leurs conséquences. Soumis au principe de célérité, considérant notamment qu'une expertise réalisée près de cinq ans après les faits pertinents serait impropre à compléter les éléments mis à sa disposition par les parties, et celles-ci ayant renoncé aux mesures probatoires requises antérieurement, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger à réception des observations formulées par les recourants. Sur le fond, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable 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'assureur ou, 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Il sied ici de relever que 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 versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accident [OLAA]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une nouvelle incapacité de travail (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n. U 206 consid. 2 p. 327). Relevons en outre que 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 ; RAMA 1992 U 142 consid. 4b p. 75). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). 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 maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. L'on ne perdra cependant pas de vue que le seul fait que des symptômes douloureux se manifestent après la survenance d'un accident ne suffit pas pour établir un rapport de causalité entre celui-ci et le dommage (principe « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 341 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 U 341 consid. 3b p. 407). 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 (ATFA du 9 septembre 1999 non publié au Recueil officiel, U 355/98, consid. 2 in RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et 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 citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée 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 désormais 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 (ATFA non publié du 10 mai 2007, U 172/06 consid. 6 et les références citées). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'assureur et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En l'espèce, il a été établi que, le mercredi 12 mai 2004, le recourant a subi un traumatisme au genou droit dans l'exercice de son activité professionnelle, qu'il a soigné par des moyens antalgiques. Rien n'indique qu'avant cette date, il ait éprouvé des douleurs ou des troubles particuliers au niveau de cette articulation. Le lundi 17 mai 2004, il a consulté son médecin, lequel a attesté une incapacité totale de travail jusqu'au 2 juin suivant. Du fait de la persistance des douleurs éprouvées, une nouvelle incapacité de travail a été attestée à compter du 25 juillet 2004. Il apparaît que les examens médicaux spécialisés, réalisés depuis cette date jusqu'au 4 novembre suivant par les docteurs B _____, C _____, de D _____ et E _____, s'accordaient à considérer que l'articulation du recourant, abstraction faite de la tuméfaction constatée, paraissait tout à fait saine : les os et cartilages étaient intacts ; les ménisques interne et externe ne présentaient aucune lésion, et la structure de la corne postérieure du ménisque interne, d'aspect inhabituel mais normal pour cette forme d'anomalie, n'était pas modifiée par des phénomènes dégénératifs. Ainsi, hormis une petite zone de déminéralisation au niveau du condyle fémoral externe, une minime chondropathie au niveau du côté interne de la rotule et un minime épanchement intra-articulaire, le genou du recourant ne présentait pas de pathologie constatable, et les quelques mesures thérapeutiques entreprises n'ont pas durablement apaisé les gonalgies dont celui-ci se plaignait. Ce n'est qu'au cours de

l'arthroscopie pratiquée le 18 novembre 2004 que la cause des douleurs éprouvées a pu être localisée et soignée. Force est en effet de constater que le geste chirurgical essentiel effectué par le docteur F _____, à savoir l'ablation de la souris articulaire située sur la corne postérieure du ménisque interne, laquelle présentait alors une lésion, a eu pour effet d'apaiser durablement les douleurs ressenties par le recourant, et à celui-ci de reprendre l'exercice de son activité professionnelle quelques semaines plus tard. Dans ces circonstances, il s'impose de retenir que le membre inférieur droit du recourant ne présentait pas d'état maladif antérieurement à l'accident, et qu'à teneur de l'avis du docteur G _____ notamment, établi quelques mois plus tard et qui faisait simplement état d'une ébauche ostéophyttaire du plateau tibial interne, aucune maladie dégénérative n'y est à déplorer depuis lors. Au degré de la vraisemblance prépondérante exigible en matière d'assurances sociales, il s'impose donc de considérer que, sans le traumatisme subi le jour de l'accident, l'ablation de la souris articulaire, qui était indiscutablement la cause des douleurs et des troubles éprouvés par le recourant, et dont la présence méconnue justifiait toutes les mesures thérapeutiques entreprises jusque là et par la suite, n'aurait pas été nécessaire. Rien n'indique en effet, en l'absence d'une pathologie constatable, qu'un corps libre de 4 mm de diamètre, et dont l'origine exacte peut demeurer obscure, se fût de toute manière logé dans le genou du recourant. Au vu des principes rappelés plus haut, il importe d'ailleurs peu que cette origine soit malade ou accidentelle ; il suffit de constater que la souris articulaire, cause unique des douleurs et des troubles éprouvés par le recourant, n'était pas à la même place avant et après l'accident, et que c'est sa position après l'accident qui a causé le dommage dont les assureurs se renvoient la responsabilité. En d'autres termes, le traumatisme subi le 12 mai 2004, éventuellement associé à d'autres facteurs, apparaît très vraisemblablement comme la condition sine qua non de l'atteinte à la santé du recourant. En conséquence, il s'impose de considérer que les conséquences dommageables subies par le recourant se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré, sans qu'il soit nécessaire de se prononcer formellement sur la qualification de « rechute » retenue par le docteur C _____ pour ce qui concerne les douleurs signalées en juillet 2004 ; au vu des principes rappelés plus haut, cette qualification n'aurait en effet pas de conséquence juridique sur le sort du présent litige. C'est le lieu de relever qu'au vu de ce qui précède, les avis médicaux fournis par le docteur H _____ ne convainquent pas. Après avoir nié le constat d'une lésion méniscale au cours de l'arthroscopie, ce qu'une simple lecture du compte-rendu opératoire dément, ce praticien soutient que l'incapacité de travail survenue en juillet 2004, soit deux mois et demi après l'accident était, au vu des signes de troubles dégénératifs débutants présentés par le recourant, vraisemblablement due à l'aggravation progressive d'une pathologie dégénérative. Or, dans la mesure où les douleurs incapacitantes ont cessé ensuite de l'ablation de la souris articulaire, il paraît plus raisonnable de considérer que, si les troubles dégénératifs débutants constatés n'étaient peut-être pas entièrement étrangers aux gonalgies dont celui-ci se plaignait, ils n'ont depuis lors pas entraîné la formation de corps libres ou l'apparition de douleurs nécessitant de nouveaux arrêts de travail. Pour le surplus, le traumatisme subi par le recourant lors de sa chute dans un escalier était, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, de sorte qu'il convient également de considérer qu'un lien de causalité adéquate est établi de manière ininterrompue entre l'accident du 12 mai 2004 et la fin du traitement de son genou droit et jusqu'à la reprise de son activité professionnelle, le 4 janvier 2005. Il s'avère donc également superflu d'examiner la question de savoir si la lésion rapportée par le docteur

F_____ au cours de l'arthroscopie constitue ou non une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Vu ce qui précède, c'est à tort que l'assureur-accidents a considéré que le lien de causalité avait été rompu trois mois après l'accident. En conséquence, les décisions qu'elle a rendues les 28 juin 2007 et 11 juillet 2008 devront être annulées. De ce fait, il convient d'allouer, à charge de l'intimée, une indemnité de 2'500 fr. en faveur de M. M_____. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : Déclare les recours recevables. Au fond : Les admet et annule les décisions rendues par l'intimée les 28 juin 2007 et 11 juillet 2008. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants du présent arrêt. Condamne l'intimée à verser à M. M_____ une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties 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) ; 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 Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG 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.