REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/623/2007 **ATAS/891/2007**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 août 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ROUVINET Serge	recourant
contre	
VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise place de Milan, LAUSANNE et	intimée
LA ZURICH, COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise route de Chavannes 35, LAUSANNE	appelée en cause

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1959, travaille en qualité de chef de vente pour la société X_____ SA depuis le 1er juin 2005. Il est à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la VAUDOISE ASSURANCES (ci-après la VAUDOISE).

2. En date du 3 mars 2001, l'assuré a subi un accident du genou gauche sous forme de luxation rotulienne et arrachement de l'aileron rotulien. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assurance-accidents de l'époque, l'ALPINA, devenue la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après la ZURICH).

3. En date du 28 septembre 2005, il a subi une entorse sévère du genou gauche suite à une glissade, alors qu'il se trouvait à Bucarest pour des motifs professionnels. Il a reçu les premiers soins dans un hôpital de Bucarest. Le Dr A_____ a, à cette occasion, diagnostiqué "une entorse sévère du genou gauche reversé intra-articulaire important" ainsi "qu'une suspicion de lésion ménisque interne" (cf. rapport du 28 septembre 2005).

4. De retour en Suisse, l'assuré a consulté le Dr B_____, médecin généraliste. Dans un rapport du 5 novembre 2005, celui-ci a diagnostiqué une entorse du genou gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 septembre 2005.

5. Dans un rapport du 31 janvier 2006, le Dr B_____ a indiqué que, malgré le traitement, le patient se plaignait d'une gêne et de douleurs lors de la marche et du passage à la station debout. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité toujours totale.

6. Par courrier du 24 juillet 2006, la VAUDOISE a informé son assuré que selon son médecin-conseil, le Dr C_____, dès la fin du mois de janvier 2006, soit quatre mois après la distorsion, le rapport de causalité avec l'accident avait pris fin. En revanche, les séquelles actuelles étaient en rapport avec l'accident qu'il avait subi le 3 mars 2001. L'assurance a joint à son courrier une attestation de son médecin-conseil. Selon ce courrier, l'assuré avait subi un premier accident le 3 mars 2001 sous forme de luxation-arrachement de la rotule gauche. Après le second accident de septembre 2005, une I.R.M. du genou gauche avait été réalisée le 7 février 2006, qui n'avait pas mis en évidence de contusion osseuse, ni d'épanchement articulaire, ni d'atteinte des ligaments ou des ménisques. Le radiologue, le Dr D_____, avait conclu à une chondromalacie patellaire étendue et prononcée. Cette chondromalacie était en rapport avec le premier accident et était d'ailleurs déjà décrite comme une arthrose post-traumatique par le Dr E_____, qui était alors intervenu en tant qu'expert. Elle était sans rapport

avec le deuxième accident qui avait consisté en une distorsion qui ne laissait pas de trace de lésion méniscale ou ligamentaire à l'examen I.R.M. Ainsi, à fin janvier 2006, le rapport de causalité entre l'état actuel du genou et le deuxième accident avait pris fin. Les séquelles actuelles étaient en rapport avec l'accident du 3 mars 2001, d'une part et avec la dysplasie fémoro-patellaire, d'autre part. Aussi l'assuré devait-il annoncer cette rechute à la ZURICH.

7. Par décision du 24 août 2006, la VAUDOISE a ainsi nié que l'incapacité de travail depuis début février 2006 soit en relation de causalité avec l'accident du 28 septembre 2005.

8. Par courrier du 21 septembre 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a tout d'abord relevé qu'il ressortait des décomptes au dossier que les indemnités journalières relatives à l'assurance-accidents obligatoire n'auraient été versées que du 11 décembre 2005 au 31 janvier 2006. Or, la VAUDOISE reconnaissait devoir des indemnités du 1er octobre 2005 au 31 janvier 2006. S'agissant de la période postérieure au 31 janvier 2006, il a contesté que son incapacité, qui avait duré jusqu'au 31 juillet 2006, n'était plus en lien de causalité avec l'accident d'octobre 2005, aussi a-t-il conclu à l'octroi d'indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2006, sous déduction des sommes déjà versées.

9. Par décision du 30 novembre 2006, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a relevé que l'examen I.R.M. n'avait pas mis en évidence de contusion osseuse, ni d'épanchement articulaire, ni d'atteinte des ligaments ou des ménisques. En revanche, il était noté une dysplasie fémoro-patellaire, une hypoplasie du condyle fémoral interne et une atteinte du cartilage articulaire de la rotule. Or, de l'avis de son médecin-conseil, cette chondromalacie était sans aucun doute en rapport avec l'accident de mars 2001, puisqu'elle était déjà décrite dans le rapport du Dr E_____ comme une arthrose post-traumatique. Dès lors, n'ayant aucun motif de remettre en question l'appréciation de son médecin-conseil, la VAUDOISE constatait que la décision attaquée était justifiée.

10. Par courrier du 12 décembre 2006 et en réponse à une demande de la VAUDOISE, la ZURICH a indiqué que son médecin-conseil, le Dr F_____, adhérait à la position du Dr C_____, dans la mesure où l'accident de septembre 2005 était de peu de gravité par rapport à celui de mars 2001 qu'elle assurait. Il n'y avait pas de péjoration de façon notable de l'état du genou et en réalité le nouvel accident n'avait fait que déstabiliser de manière temporaire une affection préexistante.

11. Par courrier du 21 février 2007, l'assuré a recouru contre la décision de la VAUDOISE, auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'indemnités journalières de 234 fr. 10 du 1er octobre 2005 au 31 juillet 2006 à titre d'assurance-accidents obligatoire sous déduction des sommes déjà

versées à ce titre, ainsi qu'à l'octroi d'indemnités journalières de 86 fr. 40 du 1er octobre 2005 au 31 juillet 2006 à titre d'assurance-accidents complémentaire, sous déduction des sommes déjà versées à ce titre. Il a au surplus demandé à ce que les frais de procédure soient mis à la charge de l'État. Le recourant a fait valoir qu'il contestait la décision car il estimait que le lien de causalité entre son état physique dès le 1er février 2006 et son accident de septembre 2005 était établi, que la VAUDOISE n'avait pas démontré que les troubles physiques dont il avait souffert depuis le 31 janvier 2006 n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident de 2005 et que l'avis du Dr C_____ sur lequel s'était fondée la VAUDOISE n'emportait pas conviction. En effet, l'examen I.R.M. effectué le 7 février 2006 par le Dr G_____ faisait état d'une "importante perte de l'épaisseur du cartilage articulaire patellaire (...) ainsi que de la présence d'œdème sous-condral au niveau des limites osseuses postero-internes de la rotule". Il était ainsi évident que sans l'accident du 28 septembre 2005, il n'aurait pas souffert d'une entorse au genou gauche ni des conséquences, relevées par l'I.R.M., qui s'en étaient suivies. Par ailleurs, le recourant a relevé que le Dr C_____ n'avait pas tenu compte des douleurs persistantes dont il se plaignait et avait sciemment omis de relever la présence d'un œdème sous-chondral au niveau des limites osseuses postéro-internes de la rotule. De surcroît, l'assuré n'avait jamais fait l'objet d'un examen médical par la VAUDOISE et les conclusions de son médecin-conseil, prises sans investigation, et en contradiction avec les rapports des Drs B_____ et G_____ devaient être rejetées.

12. Dans sa réponse du 22 mars 2007, l'intimée, concluant au rejet du recours sans frais ni dépens, a fait valoir que son médecin-conseil s'était clairement déterminé sur la question de la causalité naturelle entre les troubles du genou gauche et l'accident du 28 septembre 2005. L'I.R.M. du 7 février 2006 était à cet égard une pièce déterminante. Cet examen n'avait mis en évidence que des troubles en rapport avec l'accident du 3 mars 2001. S'agissant de l'entorse de septembre 2005, soit de la lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion brutale, avec étirement ou rupture des ligaments, elle ne laisse plus aucune trace sur l'I.R.M. Il n'était en effet relevé aucune atteinte ligamentaire, ni même méniscale. En l'espèce, le retour au statu quo sine vel ante était déterminé au plus tard lors de l'examen de l'I.R.M. du 7 février 2006, puisqu'à ce moment-là l'atteinte à la santé n'avait plus de rapport démontré avec l'accident de 2005. Enfin, l'intimée a relevé que le médecin consultant de la ZURICH, le Dr F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, adhérait à la position du Dr C_____. Il expliquait que l'accident de 2005 était de peu de gravité par rapport à celui de 2001 et n'avait pas péjoré de façon notable l'état du genou. Il n'avait fait que déstabiliser de manière temporaire une affection préexistante à l'événement. Là où le Dr F_____ faisait par contre fausse route, c'était lorsqu'il indiquait qu'il n'existait aucune raison médicale objective de fixer la date du rétablissement au 31 janvier 2006. Ceci

n'était pas correct, en raison de l'examen I.R.M. de février 2006 qui constituait la preuve médicale objective du retour au statu quo sine vel ante.

13. Par ordonnance du 10 mai 2007, le Tribunal de céans a appelé en cause la ZURICH, assureur de l'accident de 2001, lui impartissant un délai au 31 mai pour se déterminer.

14. Dans ses observations du 14 juin 2007, produites dans le délai prolongé au 30 juin 2007, la ZURICH a rappelé qu'elle avait versé des indemnités journalières au recourant pour son accident du 3 mars 2001 jusqu'au 31 août 2002 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, ensuite de quoi le cas avait été clos. Elle concevait que l'accident de 2001 avait été plus grave que celui de 2005, mais estimait que le statu quo sine/ante ne pouvait être fixé au 31 janvier 2002. Enfin, elle a relevé que la présente procédure ne saurait la lier, si ce n'était par rapport à l'obligation de la VAUDOISE de prester ou non. Elle a rappelé que le Tribunal de céans n'était pas compétent pour trancher les litiges entre assureur-accidents, contrairement à l'Office fédéral de la santé publique. Si la VAUDOISE souhaitait obtenir un remboursement par la ZURICH, il lui appartenait d'adresser une requête à l'autorité compétente.

15. Dans ses observations du 28 juin 2007, la VAUDOISE a convenu que l'issue du présent litige ne saurait lier la ZURICH. Elle a persisté pour le surplus dans ses conclusions.

16. Par courrier du 27 juillet 2007, le recourant a également persisté dans les conclusions de son recours.

17. Sur ce par courriers du 14 août 2007, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement s'est produit en septembre 2005, la LPGA est applicable au cas d'espèce. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

4. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA).

   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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que de 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 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) 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; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

   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. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

   Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a) ;

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. 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 K 646 p. 240 consid. 4).

6. En l'occurrence, le médecin-conseil de la VAUDOISE estime que depuis le 31 janvier 2006, les douleurs et troubles du genou gauche que ressent le recourant ne sont plus dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 28 septembre 2005 et que le statu quo sine/ante est atteint à cette date, se basant sur l'I.R.M. pratiquée le 7 février 2006. Le médecin-conseil de la ZURICH conteste quant à lui la date du retour à un statu quo sine/ante au 31 janvier 2006, sans toutefois se prononcer précisément sur cette question. Le médecin traitant du recourant dans son dernier rapport du 31 janvier 2006 n'aborde pas la question du lien de causalité naturelle. Il a cependant émis des certificats d'arrêt de travail jusqu'au 31 juillet 2006.

   Il apparaît ainsi au Tribunal de céans que les questions du lien de causalité naturelle et du retour au statu quo ante/sine ne sont pas en état d'être jugées, en raison de l'opinion divergente des médecins conseils des assurances-accidents et de l'absence d'avis du médecin traitant. Il conviendra par conséquent de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer jusqu'à quelle date la causalité naturelle avec l'accident de septembre 2005 est établie et quelle est la date du retour au statu quo ante ou sine. L'expert devra notamment comparer l'état du genou du recourant au 7 février 2006, date de l'I.R.M., à celui de l'expertise du Dr E_____ du 4 mars 2002.

7. En application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour éventuelle récusation de l'expert, ensuite de quoi la présente ordonnance lui sera communiquée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr E_____, chirurgien orthopédiste. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a. Prendre connaissance du dossier de la cause.

   b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.

   c. Examiner le recourant.

   d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:

   e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

   f. Quelles sont/étaient les plaintes du recourant s'agissant de ses atteintes au genou gauche et jusqu'à quelle date ?

   g. Quelle sont/étaient les atteintes à la santé dont souffre/souffrait le recourant (diagnostic précis quant aux atteintes au genou gauche) ?

   h. Jusqu'à quand (date précise) existait-il un lien de causalité naturelle entre l'atteinte au genou gauche et l'accident du 28 septembre 2005 ?

      Si un lien de causalité naturelle existe au-delà du 31 janvier 2006, pour quelles raisons ? Ce lien de causalité est-il probable ou seulement possible ? En d'autres termes, considérez-vous que ce lien de causalité existait jusqu'à *telle* date avec un degré de vraisemblance prépondérante ?

      Si non, pour quelles raisons et depuis quelle date le statu quo sine ou le statu quo ante a-t-il été atteint ?

      En cas de causalité naturelle au moins probable entre l'accident et le dommage au-delà du 31 janvier 2006, répondre aux questions suivantes :

i. Jusqu'à quelle date ces atteintes au genou ont-elles eu une répercussion sur la capacité de travail du recourant ?

j. Faire toute autre remarque utile.

3. Invite l'expert à déposer son rapport en deux exemplaires au greffe du Tribunal de céans d'ici au 15 décembre 2007.

4. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé.

5. Réserve le fond.

La greffière La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le