

GE_GERICHTE ATAS/1027/2008 vom 16. September 2008

GE Cour de justice, 2008-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1027_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1027/2008 du 16 septembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1027/2008 del 16 settembre 2008

Erwägungen

E. 5

Suite à l'opposition du recourant, l'assureur a sollicité l'avis de son médecin- conseil, le Dr N_____, qui retient dans son rapport du 12 février 2008 qu'il est possible que les douleurs aient été déclenchées par l'accident mais que les probabilités d'un lien de causalité entre l'accident et les douleurs sont faibles.

E. 6

Sur quoi, l'assureur a rejeté l'opposition, par décision du 11 mars 2008. Il expose les motifs retenus par son médecin-conseil, à savoir l'inexistence d'une documentation initiale, l'absence de preuves d'une blessure de l'articulation MTP-I due à l'accident dans l'imagerie médicale, l'absence de constatations médicales objectives au cours de l'évolution, la présence de symptômes persistants non documentés, l'argumentation de deux des médecins du recourant "post hoc ergo propter hoc", et le fait qu'un accident n'est pas une condition pour l'apparition de douleurs au niveau d'un hallux raide, qui peut devenir symptomatique de manière naturelle.

E. 7

Dans son recours du 25 avril 2008, le recourant conclut préalablement à ce qu'une expertise judiciaire soit diligentée, principalement à ce que le droit aux prestations lui soit reconnu. Il conteste essentiellement l'appréciation du médecin-conseil de l'assureur, et se réfère à l'avis de ses médecins. Il produit, en particulier, un certificat médical de la doctoresse O_____, du 20 décembre 2007, selon lequel « si l'arthrose de la MTP 1 est préexistante au traumatisme,

A/1444/2008 - 3/7 - elle a été décompensée par celui-ci (...) On retrouve cet état de fait lorsqu'on effectue une arthrodèse d'une articulation au niveau du pied et qu'on observe une décompensation progressive des articulations adjacentes ».

E. 8

Dans sa réponse du 26 mai 2008, l'assureur conclut au rejet du recours. Il relève d'une part que le rapport du médecin-conseil est rejeté en bloc, et non de façon circonstanciée. Ce rapport a pleine valeur probante, au contraire de ceux des médecins du recourant, d'ailleurs plus succincts. Plus particulièrement, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité, de sorte que les avis des Drs P_____ et Q_____ doivent être écartés pour cette raison. Quant au Dr M_____, il considère que l'hallux rigidus a probablement été décompensé suite à l'accident. Enfin, le traitement de physiothérapie a été interrompu entre novembre 2006 et mai 2007, ce qui laisse penser que la fracture du pied était effectivement consolidée et en bonne position.

E. 9

Par courrier du 28 mai 2008, le Tribunal de céans a interpellé les trois médecins du recourant sur l'appréciation effectuée par le médecin-conseil de l'assureur, en sollicitant de leur part qu'ils indiquent, cas échéant, pour quelle raison leurs avis divergent de celle-ci.

E. 10

Le Dr M _____ a répondu le 2 juin 2008. S'agissant de l'appréciation du médecin-conseil sur la partie qui le concerne, elle lui semble tout à fait conforme. L'état préexistant à l'accident est une certitude. « Ce genre de symptomatologie peut être tout à fait bien toléré et asymptomatique pendant longtemps et être décompensé soit spontanément, soit suite à un traumatisme au niveau de l'orteil en cause. Il est difficile, voire impossible de déterminer quelle aurait été l'évolution de l'hallux rigidus sans accident. Tout au plus, peut-on supposer que l'évolution aurait également été vers l'état douloureux, puisqu'il s'agit d'une arthrose évolutive ». Le Dr P _____ a répondu le 3 juillet 2008 que « le rapport du Dr N _____ est très mal écrit et encore moins bien traduit, mais dans l'ensemble il me semble correct ». La Dresse Q _____ n'a pas répondu, malgré plusieurs rappels.

E. 11

Ces documents ont été remis aux parties, et un délai leur a été accordé pour d'éventuelles remarques. Par courrier du 21 août 2008, l'assureur a constaté que les réponses reçues rejoignaient l'appréciation de leur médecin-conseil. Par courrier du 22 août 2008, le recourant a indiqué persister dans ses conclusions. Sur quoi, les parties ont été informées le 27 août 2008 que la cause était gardée à juger.

A/1444/2008 - 4/7 - EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige porte sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident survenu le 15 avril 2006 et la rechute annoncée en octobre de la même année. 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. 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). De même, un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un

A/1444/2008 - 5/7 - accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident; 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 (ATFA non publié du 30 novembre 2007, U 580/06, consid. 3.2). 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 OLAA). 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 maladie 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 p. 138 et les références). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). 6. 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 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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

A/1444/2008 - 6/7 - 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. 3a). 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 7. En l'espèce, le Tribunal constate tout d'abord que l'appréciation médicale du médecin-conseil de l'assureur ne prête pas le flanc à la critique. Il rappelle les faits, et examine successivement les rapports médicaux des trois médecins du recourant. Il relève que les radiographies montrent un état dégénératif, préexistant à l'accident, et explique que le seul fait que les douleurs soient postérieures à l'accident ne suffit pas pour retenir une causalité naturelle. Par ailleurs des constatations médicales objectives ainsi qu'un diagnostic concernant l'articulation MTP 1 n'ont pas été faites au moment de l'accident, mais uniquement en octobre 2007. Dans l'intervalle la fracture de l'os métatarsal est guérie et en bonne position. S'agissant de l'argumentation de la Dresse Q_____, il explique que la situation serait certes différente en cas d'arthrodèse, mais que ce n'est pas le cas ici. Il conclut qu'il est possible que les douleurs aient été déclenchées par l'accident, mais que cela n'est pas probable, pour les raisons rappelées dans la décision sur opposition. Par ailleurs, les trois médecins ont été interpellés par le Tribunal. Les deux médecins ayant répondu se sont ralliés au rapport du médecin-conseil. Le troisième médecin n'a pas répondu, malgré plusieurs appels. Son opinion ne sera dès lors pas retenue, au vu des explications convaincantes à ce sujet du médecin-conseil. Par conséquent, aucun élément ne vient contredire la thèse du médecin-conseil et, au vu des principes jurisprudentiels susmentionnés, il convient d'admettre que s'il est possible que les douleurs actuelles du recourant soient en lien de causalité avec

A/1444/2008 - 7/7 - l'accident, cela n'est pas rendu hautement vraisemblable, au degré de vraisemblance prépondérante requis en assurances sociales. 8. Par conséquent, le recours ne peut qu'être rejeté.

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