

GE_GERICHTE ATAS/1054/2016 vom 16. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1054_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1054/2016 du 16 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1054/2016 del 16 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 29 octobre 2015.

E. 3

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

A/258/2016 - 6/10 - Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a) ainsi que le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital (let. c). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1).

E. 4

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 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 ou mentale (art. 4 LPGA). La

responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3). 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 également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). Il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle lorsque, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 119 V 337 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 77/01 du 16 novembre 2001 consid. 2a).

A/258/2016 - 7/10 -

E. 5

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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 3.2). 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

E. 6

L'art. 77 al. 3 LAA délègue au Conseil fédéral la compétence d'édicter des prescriptions sur l'obligation d'allouer des prestations et sur la collaboration des assureurs dans divers cas spéciaux, par exemple lorsqu'un nouvel accident se produit, notamment en cas de perte d'un organe pair ou d'autres modifications du degré d'invalidité (let. b). Sur la base de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 100 de l'ordonnance sur

l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), qui, à son deuxième alinéa, dispose que si l'assuré est victime d'un accident alors qu'il est en traitement pour un ou plusieurs accidents, mais après qu'il a repris une activité soumise à l'assurance, l'assureur tenu de lui verser les prestations pour le nouvel accident alloue aussi les prestations pour les accidents précédents dans la mesure où le nouvel accident donne droit à des indemnités journalières. Les autres assureurs intéressés lui remboursent ces prestations, sans allocations de renchérissement, selon le dommage leur incombant; ils se libèrent ainsi de leur obligation d'allouer des prestations. Les assureurs intéressés peuvent déroger par convention à cette règle, notamment si le nouvel accident a des conséquences considérablement moins graves que le précédent. L'art. 100 OLAA vise à régler l'obligation de prester en cas de survenance de nouvel accident. Cela implique que le nouvel événement accidentel survient alors que les conséquences d'un premier accident ont disparu. Il est déterminant que plusieurs assureurs-accidents puissent entrer en considération s'agissant de l'obligation de prester. L'art. 100 OLAA n'est en revanche pas applicable au point de savoir si l'assureur compétent pour un premier accident doit aussi verser des prestations pour des événements ultérieurs qui ne sont assurés selon la LAA ni auprès de lui, ni auprès d'un autre assureur (Marc HÜRZELER, Intrasystemische Leistungskoordination im UVG. Wie weiter bei Zuständigkeitsstreitigkeiten unter A/258/2016 - 8/10 - Unfallversicherern, Responsabilité et assurance [REAS] 2009 p. 39, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 86/02 du 20 mars 2003 consid. 3).

E. 7

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 3.2).

E. 8

En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision sur l'avis du Dr G_____. Les conclusions du médecin d'arrondissement ont été émises en parfaite connaissance du dossier, et elles sont motivées et convaincantes. Par ailleurs, le recourant n'a fourni aucun rapport médical susceptible de les remettre en cause, malgré les délais qui lui ont été octroyés à cet effet. L'analyse du Dr G_____ est en outre confortée par la lecture des rapports des médecins traitants et des documents radiologiques. Le Dr E_____ a en particulier indiqué que la lésion transfixiante nécessitant l'intervention planifiée le 30 octobre 2015 n'était pas imputable à l'accident du 4 septembre 2015, mais à la chute survenue l'année précédente – période à laquelle le recourant avait refusé de subir l'intervention. De plus, ce médecin a indiqué que le nouvel événement accidentel de septembre 2014 avait occasionné une recrudescence des douleurs et de l'impotence de l'articulation, mais il n'a cité aucune lésion traumatique imputable au nouvel accident. La comparaison des rapports de radiographies et d'IRM d'avril et juin 2014 et de septembre 2015 révèle également des lésions très

largement superposables. Le nouveau rapport d'IRM de septembre 2015 a certes mis en évidence une amyotrophie, qui n'est pas mentionnée dans le rapport d'arthro-IRM du 7 avril 2014. Le Dr G_____ a cependant retenu que cette atteinte était une conséquence de l'accident de 2014. Cette analyse emporte la conviction, dès lors qu'il paraît impossible qu'un tel phénomène se soit produit dans les cinq jours écoulés entre le nouvel accident du 4 septembre 2015 et l'arthro-IRM pratiquée le 9 septembre suivant. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation du Dr G_____, selon laquelle l'événement accidentel du 4 septembre 2015 n'a plus déployé d'effets ouvrant le droit à des prestations d'accident après le 26 octobre 2014. Partant, la décision de l'intimée doit être confirmée. On précisera dans ce cadre qu'on ne se trouve pas dans la constellation visée par l'art. 100 al. 2 OLAA, qui pourrait fonder une obligation de prester de l'intimée. En effet, le recourant n'était

A/258/2016 - 9/10 - plus en traitement pour les suites de l'accident de 2014 lorsque le nouvel accident est survenu (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 170/06 du 4 avril 2007 consid. 4.3).

E. 9

Mal fondé, le recours sera rejeté. Le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). * * * * *

A/258/2016 - 10/10 - 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.