

GE_GERICHTE ATAS/1065/2019 vom 19. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1065_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1065/2019 du 19 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1065/2019 del 19 novembre 2019

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.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations en cas d'accident au-delà du 5 avril 2017.

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). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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 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 celle-ci. 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 dans les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). 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. 5

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations d'un assuré, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes

A/1873/2019 - 11/13 - 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). 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 convient 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références).

E. 6

Dans son arrêt du 20 novembre 2018, la chambre de céans a exposé les motifs pour lesquels les rapports médicaux alors versés au dossier ne suffisaient pas à démontrer ou exclure au degré de vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité entre les troubles postérieurs au 5 avril 2017 et les événements de décembre 2014 et octobre 2016. Après avoir rappelé qu'il convenait d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistaient quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4), elle a renvoyé la cause à l'intimée, qu'elle a enjoins de mettre en œuvre une telle mesure.

A/1873/2019 - 12/13 - Or, nonobstant ce qui précède, l'intimée s'est contentée d'un nouvel avis de la Dresse I_____. Il faut ici souligner que dans le cas où un arrêt de renvoi est rendu, ses considérants lient aussi bien l'autorité de renvoi que le juge, qui ne saurait revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_407/2008

du 6 avril 2009 consid. 1.1). Pour ce motif déjà, la décision de l'intimée – prise sur la base du seul avis nouvellement rendu par la Dresse I_____ – n'est pas conforme au droit. En outre, sur le fond, l'avis du 19 février 2019 ne suffit pas à trancher le litige. En premier lieu, la Dresse I_____ n'évoque même pas l'accident de décembre 2014. Après quelques généralités quant au développement et au traitement de l'arthrose, elle se borne à affirmer de manière péremptoire et pour le moins succincte que l'instabilité articulaire est la conséquence de l'arthrose, sans exposer si d'autres atteintes peuvent être à l'origine d'une telle symptomatologie. Quant à la subluxation – dont on rappellera qu'elle constituait une des indications opératoires –, ce médecin se contente d'affirmer qu'il s'agit « de l'expression » de la rhizarthrose, sans autre explication. Il semble par ailleurs que l'intimée considère que l'instabilité et la subluxation ne sont qu'une seule et même atteinte, si l'on se réfère à sa décision sur opposition du 3 avril 2019 et à ses écritures subséquentes. Or, ce point de vue paraît erroné à la lecture des rapports des Drs E_____ et I_____. Eu égard à son absence de motivation, le nouvel avis de la Dresse I_____ ne saurait se voir reconnaître la moindre valeur probante. Il ne dispensait pas l'intimée de mettre en œuvre l'instruction ordonnée par la chambre de céans. La cause doit ainsi une nouvelle fois lui être renvoyée, à charge pour elle de diligenter une expertise externe confiée à un spécialiste en chirurgie de la main, avec la collaboration du recourant conformément aux exigences en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Compte tenu de l'issue du litige, la chambre de céans renoncera à l'audition des parties et des témoins requise par le recourant (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

E. 7

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). * * * * *

A/1873/2019 - 13/13 - 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.