

GE_GERICHTE ATAS/1068/2018 vom 20. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1068_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1068/2018 du 20 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1068/2018 del 20 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

a. 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.

A/3463/2017 et A/1734/2018 - 10/17 - b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). c. Aux termes de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En l'occurrence, les deux recours ont été interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, et le recourant dispose de la qualité pour recourir. Partant, les deux recours sont recevables (art. 59 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B LPA).

E. 2

Est litigieuse la prise en charge par l'intimée, au-delà du 5 avril 2017, des troubles dont souffre l'assuré au niveau du pouce droit. Il se pose plus particulièrement la question de savoir si ces troubles – et l'intervention chirurgicale à laquelle ils ont donné lieu le 6 avril 2017 – sont en lien de causalité avec les accidents qu'a subis l'intéressé en 2014 et 2016.

E. 3

Le recourant requiert une jonction des causes LAA ouvertes par la chambre de céans sous les numéros A/3463/2017 et A/1734/2018. Selon l'art. 70 LPA l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2). Selon la doctrine et la jurisprudence, l'art. 70 LPA est une norme potestative. La décision de joindre ou non des causes en droit administratif procède ainsi avant tout de l'exercice du pouvoir d'appréciation du juge, qui est large en la matière. Elle peut également reposer sur des considérations d'économie de procédure, ce que l'art. 70 al. 2 LPA rappelle du reste expressément. Une jonction des causes ne présente d'utilité que si elle permet de simplifier la procédure ; elle se justifie en présence de situations identiques (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, p. 237 et références jurisprudentielles citées). En l'occurrence, le

recourant fonde ses prétentions sur les séquelles consécutives à deux accidents – intervenus respectivement en décembre 2014 et octobre 2016 –, pour lesquels l'intimée a rendu deux décisions distinctes. Les complexes de faits concernant ces deux sinistres étant largement imbriqués, une jonction de causes serait envisageable. En vertu de son large pouvoir d'appréciation, la chambre de céans ne le fera formellement pas, mais statuera en revanche sur les deux recours par le biais d'un seul arrêt, portant les deux numéros de causes.

E. 4

Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1er janvier 2017. Les accidents étant survenus avant cette date, le droit du

A/3463/2017 et A/1734/2018 - 11/17 - recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 5

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).

E. 6

a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, 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, 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 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U

351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). d. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le

A/3463/2017 et A/1734/2018 - 12/17 - 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 7

Conformément à 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 cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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). Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1) et adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d ; 139 consid. 3c ; 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

E. 8

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de

E. 10

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de

la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, il convient préalablement de rappeler ce qui suit. L'ex-employeur de l'assuré a transmis à l'intimée une déclaration d'accident, dans laquelle il a indiqué que, le 17 octobre 2016, l'intéressé était tombé sur la main droite et s'était blessé au poignet en chutant dans les escaliers. Le 21 novembre 2016, une IRM a mis en évidence chez l'assuré une rhizarthrose évoluée et une subluxation latérale du premier métacarpe du pouce droit. Le 6 avril 2017, l'assuré a été opéré aux HUG du pouce droit (arthroplastie prothétique trapézo-métacarpienne). Son chirurgien, le Dr D_____, a rédigé un rapport le 31 mars 2017, dans lequel il a fait état de « deux traumatismes successifs [du] pouce droit, ayant entraîné une subluxation postérieure du premier métacarpien et une arthrose consécutive, empêchant le patient de poursuivre son travail de déménageur ». Par décision du 11 mai 2017, confirmée sur opposition le 19 juin 2017, l'intimée a mis fin à ses prestations le 5 avril 2017 et refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale précitée, au motif qu'elle n'était pas en lien de causalité avec l'événement d'octobre 2016. Elle a fondé sa décision sur un rapport du Dr E_____ (daté du 8 mai 2017), au terme duquel ce médecin a considéré que la rhizarthrose

A/3463/2017 et A/1734/2018 - 15/17 - pour laquelle l'assuré avait été opéré ne pouvait résulter d'un traumatisme survenu seulement six mois auparavant. Le Dr E_____ a précisé qu'il n'y avait pas d'élément pouvant justifier une déstabilisation définitive de l'état antérieur, tel qu'une fracture ou une luxation. Dans son opposition puis lors d'une audition devant la SUVA, l'assuré a exposé qu'en décembre 2014, son pouce droit s'était retourné suite au basculement d'une charge sur un chantier, ce dont il subissait toujours les séquelles. Par décision du 28 février 2018, confirmée sur opposition le 23 avril 2018, l'intimée a accepté d'engager sa responsabilité pour l'accident de décembre 2014, mais seulement jusqu'au 31 janvier 2015, au motif que cet accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard après deux mois. Elle a motivé cette seconde décision en se référant d'une part à un rapport du Dr L_____ (daté du 26 février 2018), à teneur duquel la rhizarthrose – pathologie dégénérative – avait seulement été décompensée pendant deux mois par l'événement de décembre 2014, d'autre part à un rapport de la Dresse K_____ (daté du 13 octobre 2017), selon lequel une rhizarthrose évoluée nécessitait plusieurs années pour se développer.

E. 12

La chambre de céans constate que les médecins d'arrondissement de la SUVA se sont limités à discuter la question de savoir si et pendant combien de temps l'arthrose du pouce droit (rhizarthrose) mentionnée par le chirurgien de l'assuré était en relation causale avec les accidents de 2014 et 2016 : les Drs L_____ et K_____ semblent avoir tiré de la faible durée de l'arrêt de travail prescrit par la Dresse F_____ en février 2015 (deux semaines) et de l'absence d'imagerie réalisée à l'époque la conclusion que l'accident de décembre 2014 aurait seulement décompensé une rhizarthrose préexistante pendant deux mois. De son côté, le Dr E_____ a considéré en substance que la durée (six mois) séparant l'accident d'octobre 2016 de l'opération d'avril 2017 était insuffisante pour permettre le développement d'une rhizarthrose. Toutefois, dans leurs rapports, les médecins

d'arrondissement de la SUVA n'ont en réalité pas tenu compte du fait que ce n'est pas seulement en raison d'une rhizarthrose que l'assuré a été opéré mais aussi d'une subluxation, accompagnée d'une instabilité articulaire. En effet, une subluxation dorsale du premier métacarpe est précisément mentionnée dans le rapport d'IRM du 21 novembre 2016, ainsi que dans le rapport du Dr D_____ du 31 mars 2017 et le rapport opératoire du 26 avril 2017. Pourtant, aucun médecin ne s'est prononcé de manière circonstanciée sur la question de savoir si la subluxation dorsale du premier métacarpe était en relation de causalité naturelle avec les accidents de 2014 et/ou 2016, question qui paraît néanmoins décisive puisque c'est cette atteinte-là qui semble avoir justifié, à tout le moins partiellement, l'opération dont l'intimée a refusé la prise en charge. Le Dr L_____ a certes indiqué qu'il ressortait d'une imagerie réalisée en octobre 2016 une subluxation « dégénérative » du pouce, mais à défaut de motivation qui

A/3463/2017 et A/1734/2018 - 16/17 - permettrait d'étayer l'origine supposément dégénérative de cette atteinte, son opinion n'a pas de valeur probante. À l'opposé, le Dr D_____ impute la subluxation à « deux traumatismes successifs [du] pouce droit », mais également sans en motiver l'étiologie de manière circonstanciée. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). En l'occurrence, en l'absence de rapport circonstancié examinant le lien de causalité éventuel entre les accidents de 2014 / 2016 et toutes les atteintes ressortant de l'IRM du 21 novembre 2016, y compris la subluxation du premier métacarpe, l'instruction médicale se révèle insuffisante pour confirmer la fin des prestations LAA au 5 avril 2017 et refuser la prise en charge de l'opération du 6 avril 2017. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, les causes seront renvoyées à l'intimée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA. Partant, les deux recours sont partiellement admis, les décisions sur opposition des 19 juin 2017 et 23 avril 2018 annulées et les causes renvoyées à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis statue à nouveau sur le droit éventuel aux prestations LAA au-delà du 5 avril 2017.

E. 13

Dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimée se révèle incomplète, ce qui justifie que les causes lui soient renvoyées, il est inutile d'auditionner le recourant et les témoins proposés, par appréciation anticipée des preuves.

E. 14

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

E. 15

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). *****

A/3463/2017 et A/1734/2018 - 17/17 - 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.