

GE_GERICHTE ATAS/1111/2016 vom 22. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1111_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1111/2016 du 22 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1111/2016 del 22 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.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable, conformément aux art. 56ss LPGA.

E. 4

En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'un premier accident en date du 8 septembre 2014, qui a eu pour conséquences une entorse de sa cheville gauche, compliquée d'une algodystrophie, et une contusion du poignet droit. L'intimée a pris en charge cet événement : en sus du paiement des frais médicaux, elle a versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2015. Un second événement est intervenu le 14 juillet 2015, qui a causé une fracture du poignet gauche de la recourante, suivie d'une algodystrophie en rémission. Force est de constater qu'il s'agit bel et bien là de deux accidents distincts, comme cela ressort clairement des pièces versées au dossier, et non d'une « rechute ». L'intimée a d'ores et déjà indiqué qu'elle rendrait une décision relative à l'accident du 14 juillet 2015 et à sa prise en charge. Dès lors, seule reste litigieuse et soumise à la Cour de céans la question de savoir si la recourante a droit à la continuation du versement d'indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2015 s'agissant des suites de l'accident du 8 septembre 2014.

E. 5

a. 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. Par accident, on

entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui

A/4165/2015 - 12/19 - compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa). b. Le droit aux prestations suppose tout d'abord entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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 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, 402 consid. 4.3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335 consid. 2 b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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. 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 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec

A/4165/2015 - 13/19 - des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence

d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés cumulativement : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc) ; c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). 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. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a; ATF 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

E. 6

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 versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). 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.

E. 7

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) 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). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit

à une indemnité journalière de l'assurance- invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG) (al. 3). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Les indemnités journalières sont versées en l'absence d'une pleine capacité de travail et, de ce fait, prennent notamment fin lorsque celle-ci a été recouvrée ou qu'une rente doit être allouée (art. 16 al. 1 et 2 LAA; arrêt TF U 341/06 du 7 septembre 2007 consid. 4).

E. 8

a. 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 157 consid. 1b). b. 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 LPGGA), 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

A/4165/2015 - 15/19 - 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. A cet égard, 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 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). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). Quant aux rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un

mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Enfin, 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

A/4165/2015 - 16/19 - 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). 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 319 consid. 5a).

E. 9

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 10

En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que les atteintes dont souffre l'assurée relevaient de deux chutes distinctes, ayant eu des répercussions sur des parties du corps distinctes, à savoir la cheville gauche et le poignet droit pour le premier accident, le

poignet gauche pour le second. C'est en vain que la recourante se prévaut du fait que le « Dr V_____ » aurait jugé l'usage des béquilles comme inutile, provoquant ainsi un affaiblissement de son pied gauche, qui aurait favorisé et causé l'accident du 14 juillet 2015. Manifestement, on ne se trouve pas en présence d'une rechute, c'est-à-dire d'une atteinte à la santé qui n'aurait été guérie qu'en apparence seulement et qui se manifesterait à nouveau.

A/4165/2015 - 17/19 - Seules doivent donc être examinées ici les séquelles de la première chute et leur évolution, étant rappelé que l'intimée rendra une décision distincte concernant le deuxième évènement.

E. 11

L'intimée considère que la recourante a recouvré sa capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er décembre 2015, se fondant pour cela, notamment, sur l'avis de la Dresse I_____. La recourante reproche à l'experte d'avoir procédé à une analyse sommaire de son cas et de ne pas avoir tenu compte de l'intégralité des éléments médicaux figurant au dossier, notamment les rapports de ses médecins-traitants. Cependant, force est de constater que le rapport d'expertise de la Dresse I_____ comporte une anamnèse complète et détaillée, un résumé du dossier, l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assurée. L'experte a procédé à des constatations cliniques, les a résumées et a expliqué pour quelles raisons elle retenait tel ou tel diagnostic. Le rapport d'expertise se fonde en outre sur l'étude du dossier médical complet. Ses conclusions sont claires, motivées et ne contiennent pas de contradictions. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise menée par la Dresse I_____, qui répond aux réquisits jurisprudentiels. Le Dr W_____ atteste certes d'une incapacité totale de travail jusqu'au 30 juin 2016 (pce 145.1 intimée) mais il ne s'exprime que par rapport à l'activité habituelle, sans envisager une activité adaptée. Par ailleurs, ce médecin se contente de conclure à une persistance de l'algodystrophie, sans motiver, ni étayer sa position, ni apporter aucun élément médical objectif pouvant justifier son constat. Force est de constater que ses observations, se résumant parfois à une ligne, ne sauraient suffire à jeter le doute sur les conclusions de la Dresse I_____. Quant aux autres pièces du dossier, elles ne permettent pas non plus de retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident du 8 septembre 2014 et l'état de santé de la recourante au-delà du 30 novembre 2015. En particulier, les différents examens réalisés montrent un aspect normal des pieds et des genoux et aucune anomalie osseuse significative. D'ailleurs, la recourante elle-même a produit un rapport du Dr O_____, qui confirme une nette amélioration du pied et de la cheville gauches. A l'appui de son recours, la recourante se prévaut également de consultations et diagnostics retenus par la clinique LA COLLINE, sans toutefois produire le moindre document à l'appui de ses dires. Enfin, les conclusions de la Dresse I_____ ont été corroborées par celles du Dr S_____ qui, lui aussi, a constaté que la recourante s'était remise des suites de l'accident du 8 septembre 2014.

A/4165/2015 - 18/19 - Le Dr S_____ a en effet pu observer que l'état de santé de la recourante consécutif au premier évènement était stabilisé et ne nécessitait plus de traitement particulier. Seule l'algodystrophie en lien avec le second accident pouvait encore justifier un traitement jusqu'à la fin de l'année 2016. En dehors des états douloureux résiduels, l'expert n'a plus retenu aucun lien de causalité naturelle avec le premier accident. Tout comme sa consœur, l'expert a considéré l'assurée apte à exercer à plein temps une activité professionnelle adaptée. La Cour de céans considère que le rapport d'expertise du Dr S_____ remplit lui aussi tous les critères pour se voir reconnaître pleine valeur

probante : spécialiste en orthopédie, l'expert a rendu un rapport substantiel, sur la base d'un examen de l'assurée, d'une étude fouillée du cas comportant une anamnèse complète, une évaluation des plaintes de la recourante, une analyse des faits pertinents et des conclusions dûment motivées. La recourante ne conteste d'ailleurs pas ses conclusions.

E. 12

Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières fin novembre 2015 s'agissant de l'accident du 8 septembre 2014, au motif que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations retenues. Ainsi, l'incapacité de travail dont se prévaut encore la recourante, ne saurait être attribuée, au degré de la vraisemblance prépondérante, aux suites de l'accident du 8 septembre 2014. On notera que la recourante ne conteste pas le calcul de la capacité de gain auquel s'est livrée l'intimée. On relèvera une fois encore que la Chambre de céans n'a pas à examiner les répercussions de l'accident du 14 juillet 2015 sur l'état de santé de la recourante, puisque cet évènement excède l'objet du litige. En conséquence, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4165/2015 - 19/19 - 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.