

GE_GERICHTE ATAS/1151/2011 vom 29. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1151_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1151/2011 du 29 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1151/2011 del 29 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1er novembre 2009, en raison de l'agression à l'arme blanche dont il a été victime le 5 octobre 2007.

E. 4

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

E. 5

a) Le droit des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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

A/918/2010 - 13/20 - 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, 1195 337 consid. 1, 1185 289 consid. 1b et les références). On rappellera que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à l'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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1992 n° U142 p. 75 consid. 4b ; MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469 nos 3 et 4, DE BRUNNER/RAMSEIER, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne, 1990, p. 52 ; Meier-Blaser, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. 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 (ATF 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3). b) 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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 181 consid. 2.2 et ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

E. 6

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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

A/918/2010 - 14/20 - 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 126 V 353 consid. 5b p. 360; 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). 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 p. 322). b) 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 apprécient librement les preuves, sans être liés 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 l'origine, ni la désignation du moyen de preuve

comme rapport aux expertises, 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 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'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 § 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 199895 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U234/05, consid. 2.1).

A/918/2010 - 15/20 - S'agissant enfin de la valeur probante des rapports établis par les médecins-traitant, 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 partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, le Tribunal fédéral a récemment jugé qu'il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465, consid. 4). c) L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). Elle est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; T. LOCHER, loc. cit.). De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

E. 7

En l'espèce, la SUVA s'est fondée sur le rapport du Dr H _____ du 4 mars 2009 et ceux du Dr I _____ des 5 juin 2009 et 23 octobre 2009 pour motiver la décision querellée. Dans son rapport du 4 mars 2009, après avoir procédé à des examens complets, le Dr H _____, neurologue, a retenu qu'il était difficile d'expliquer complètement les

plaintes formulées par le recourant ainsi que l'incapacité de travail qui paraissait en découler, que compte tenu des éléments à sa disposition, il existait très certainement une lésion nerveuse au niveau paravertébral lombaire haut, que cette atteinte pouvait expliquer en partie la symptomatologie douloureuse mais ne rendait absolument pas compte des troubles sensitivo-moteurs et algiques décrits par l'assuré au niveau fessier et du membre inférieur gauches, lesquels étaient apparemment subjectifs sur la base de son bilan. Il a conclu que s'il admettait l'existence de troubles potentiellement algigènes au niveau paravertébral, il ne trouvait pas d'explication claire à l'importance des troubles, à leur extension au

A/918/2010 - 16/20 - niveau du membre inférieur gauche et leur répercussion sur la capacité de travail. A ce dernier égard, il y a lieu de relever que le recourant avait tenu des propos contraires à la réalité, puisqu'il avait déclaré au médecin précité qu'il ne travaillait qu'à 50%, alors qu'en réalité, il travaillait à plein temps au moins depuis le mois de janvier 2008. Cela étant, la Chambre de céans constate que le rapport du Dr H _____ se fonde sur l'étude du dossier médical de l'assuré et sur un examen clinique complet. Les conclusions sont claires et convaincantes, de sorte qu'il convient de leur reconnaître pleine valeur probante. Elles sont corroborées par les conclusions du Dr I _____, neurologue et psychiatre. Dans le premier rapport d'appréciation neurologique du Département de Médecine de Assurances de la SUVA à Lucerne du 5 juin 2009, le Dr I _____ a également relevé qu'il existait un grand décalage entre une blessure de la musculature relativement localisée (avec indication d'une lésion du fascia) et une possible lésion de certains nerfs innervant la région paravertébrale lombaire gauche d'une part et d'autre part un syndrome douloureux croissant depuis le début de l'année 2008 avec extension de douleurs subjectives dans la région de la fesse gauche et dans l'ensemble du membre inférieur. Il a même fait état d'«anomalies, plutôt sans rapport avec l'accident, visibles sur les IRM lombaires». Dans son second rapport du 23 octobre 2009, le Dr I _____ a indiqué que des contradictions marquées apparaissaient entre le type et l'importance des lésions objectivables – et leurs conséquences – d'une part et l'intensité et la localisation des troubles dont l'assuré faisait état d'autre part, et que le lien de causalité entre le syndrome douloureux neuropathique présenté par l'assuré avec sa blessure d'octobre 2007 n'était que possible. Il a encore ajouté que le comportement du recourant – ayant consisté à ne pas avoir pris les médicaments prescrits habituellement en cas de douleurs neuropathiques à des doses suffisamment élevées, à ne pas avoir fait usage des diverses options thérapeutiques qui lui étaient offertes, à n'avoir suivi aucune séance de physiothérapie durant l'été 2009 et à ne prendre qu'un médicament antirhumatismal, de surcroît de manière irrégulière – permettait de considérer qu'il ne souffrait pas vraisemblablement de douleurs à caractère avant tout neuropathique, qu'il ne souffrait pas de troubles véritablement importants et qu'il souffrait plutôt de troubles de nature rhumatismale ayant le caractère d'une maladie, d'autant que d'un point de vue neurologique, aucune lésion notable et/ou durable de structures des systèmes nerveux central ou périphérique consécutives à l'événement d'octobre 2007 n'avait pu être mise en évidence. Il en a conclu qu'aucune limitation importante de l'aptitude au travail de l'assuré dans son métier habituel (gestion de la clientèle ou lors des activités de chantier) ne se justifiait par des suites d'ordre structurel ou organique de l'événement d'octobre 2007 et que la limitation de son rendement à 50% pour des travaux de chantier allégués par l'assuré ne se justifiait pas par des lésions organiques de nature neurologique associées aux suites de l'événement d'octobre 2007. Il a estimé que l'assuré était tenu de contribuer à la diminution des suites d'accident et à la conservation de sa capacité de travail,

de sorte qu'il était exigible de sa part qu'il exerce des activités

A/918/2010 - 17/20 - physiques de pénibilité moyenne, voire des travaux lourds tout en faisant preuve d'un effort de volonté pour surmonter ses troubles subjectifs. Le seul avis divergent est celui du médecin traitant du recourant, le Dr A _____, qui n'emporte pas la convocation de la Chambre de céans. En effet, il appert que, dans ses rapports, le médecin précité s'est limité à reproduire les déclarations de son patient au sujet de sa capacité à exercer son activité professionnelle et qu'il ne s'est exprimé qu'à une reprise sur le lien de causalité, soit lors de son audition par la Chambre de céans. A cette occasion, il s'est limité à estimer qu'en l'absence d'antécédents, l'état de santé actuel de l'assuré était exclusivement dû à l'accident subi en octobre 2007. Dans la mesure où cet avis ne repose pas sur une analyse aussi complète que celle des Dr H _____ et I _____, la Chambre de céans attribuera forces probantes aux conclusions de ces derniers. Ainsi, la Chambre de céans considère que la problématique algique alléguée par l'assuré n'est pas ou plus en relation de causalité naturelle avec l'agression dont il a été victime le 5 octobre 2007 et ne saurait en conséquence ouvrir un droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

E. 8

Même si le lien de causalité naturelle devait être admis, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence, le taux d'invalidité du recourant serait inférieur aux taux de 10% ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-accidents (ch. 7 ci-dessous). a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte 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 la santé (art. 6 LPGA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

A/918/2010 - 18/20 - Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne

peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF non publié du 19 mars 2009, cause 9C_437/2008 consid. 4.2, in SVR 2009 IV no 35 p. 97; ATFA non publiés du 30 avril 1991, I 350/89, consid. 3b in RCC 1991 p. 332, et I 329/88 du 25 janvier 1989, consid. 4a in RCC 1989 p. 331). c) En l'occurrence, le recourant estime en substance que sa capacité de travail n'est que de 50%, en comparant son salaire auprès de X_____ Sàrl avant et après l'accident. Il y a lieu de relever préalablement que les déclarations et fiches de salaire émanant de X_____ Sàrl ou de la fiduciaire Y_____ SA doivent être prises en compte avec circonspection. En effet, il s'avère qu'en réalité, c'est le recourant qui, en sa qualité de gérant associé de X_____ Sàrl a pris les décisions utiles, lesquelles pouvaient être complaisantes à son égard. La lettre à l'entête de la société précitée adressée à Me PALLY le 5 mars 2010 – et produite par le recourant – en est une illustration, puisqu'il y est mentionné qu'à cette date, ce dernier travaillerait tout au plus quatre heures par jour à la demande de son médecin, alors que le recourant lui-même avait reconnu en juin 2008 qu'il travaillait à plein temps (et non à mi-temps) mais avec un rendement réduit selon lui de 50% et qu'il ressort de ses fiches de salaire qu'en février 2008 déjà, il travaillait à plein temps. Pareillement, l'exactitude des faits consignés dans les documents établis par X_____ Sàrl peut être sujette à caution, sachant que, selon le Ministère public, il y avait eu des malversations comptables au sein de cette société, avec la participation de la fiduciaire Y_____ SA, notamment par l'établissement de fausses factures pour alourdir les charges de X_____ Sàrl ou par la dissimulation de revenus que cette société faisait encaisser fictivement par des tiers. Ces considérations valent également à l'égard de la fiduciaire Y_____ SA, d'autant que, par courrier à la SUVA du 17 juin 2009, elle a indiqué que le recourant continuait de ne déployer

A/918/2010 - 19/20 - une activité professionnelle qu'à 50%, alors qu'en réalité, il avait repris le travail à plein temps au plus tard depuis le mois de janvier 2008. Enfin, il est à relever que le recourant lui-même a tenu des propos contraires à la réalité en fonction de ses intérêts; en particulier, il a déclaré à l'Office AI en mai 2008 et au Dr H_____ en mars 2009 qu'il ne travaillait qu'à 50% alors que, comme déjà dit, il avait repris le travail à plein temps au plus tard depuis le mois de janvier 2008. Il a également déclaré à la Chambre de céans lors de son audition qu'il n'avait recommencé à plein temps qu'en juin 2008. Dans ces conditions, la comparaison du salaire perçu avant et après le sinistre du 5 octobre 2007 ne saurait revêtir une quelconque valeur. Cela étant, suite à une analyse complète du dossier du recourant, le Dr I_____ a estimé que ce dernier était tenu de contribuer à la diminution des suites d'accident et à la conservation de sa capacité de travail, de sorte qu'il était exigible de sa part qu'il exerce des activités physiques de pénibilité moyenne, voire des travaux lourds tout en faisant preuve d'un effort de volonté pour surmonter ses troubles subjectifs. Cela est d'autant plus exigible du recourant qu'il est le directeur et seul gérant de la société qui l'emploie, si bien que, comme l'a relevé l'Office AI, il a pu adapter son poste de travail en se consacrant désormais à certaines livraisons et à la gestion de la clientèle, à l'exclusion du travail lourd physiquement. C'est ainsi que, dans un rapport du Service Médical Régional AI (SMR) Suisse romande du 29 septembre 2008, le Dr L_____, médecin-conseil SMR, a estimé que la capacité de travail du recourant était totale tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée et qu'une décision de refus de prestations AI a été

rendue, laquelle n'a au demeurant pas été contestée par le recourant. Dans ces conditions, la Chambre de céans considère qu'indépendamment de la question du lien de causalité, les troubles allégués par le recourant n'entraîne aucune invalidité.

E. 9

Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 10

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/918/2010 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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