

# **GE\_GERICHTE ATAS/1194/2014 vom 19. September 2014**

GE Cour de justice, 2014-09-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1194\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1194_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1194/2014 du 19 septembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1194/2014 del 19 settembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance du 16 janvier 2013.

### **E. 2**

Le recours porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières fondées sur la loi sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) et à la prise en charge du traitement médical. Il y a lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). L'objet de la contestation est le rapport juridique visé par la décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 3.1). Les conclusions du 6 février 2014 recourant tendant au versement d'indemnités découlant de l'assurance complémentaire et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité sont par conséquent irrecevables, dès lors que ces éléments ne font pas l'objet de la décision querellée.

A/1620/2011 - 37/44 -

### **E. 3**

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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

### **E. 4**

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.

#### **E. 5**

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

#### **E. 6**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans

A/1620/2011 - 38/44 - 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 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) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

#### **E. 7**

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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.1).

## **E. 8**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur A/1620/2011 - 39/44 - les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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 LPGA), 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents

A/1620/2011 - 40/44 - pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

## **E. 9**

En l'espèce, la Cour de céans a déjà exposé pour quels motifs les expertises du Dr H\_\_\_\_\_ et les rapports du Dr V\_\_\_\_\_ ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante dans son expertise du 16 janvier 2013. Il reste à déterminer si le rapport des Drs Z\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ répond aux critères développés par le Tribunal fédéral. S'agissant du rapport du radiologue du 30 mai 2013, il est relativement bref et ne comprend qu'une description de certains éléments d'imagerie. Cela étant, il répond dans l'ensemble aux questions qui ont fait l'objet de l'ordonnance d'expertise. De plus, le Dr R\_\_\_\_\_ a collaboré à l'établissement du rapport transmis à la Cour de céans par le Dr Z\_\_\_\_\_ le 6 janvier 2014. Or, ce dernier document satisfait tous les réquisits jurisprudentiels. L'expert orthopédiste a en effet pris connaissance du dossier médical du recourant, qu'il a résumé et complété par une anamnèse, il l'a interrogé sur ses plaintes et a procédé à un examen clinique. Les diagnostics et les conclusions, clairs et motivés, s'appuient notamment sur la collaboration du chirurgien avec l'expert radiologue et sur leur analyse des documents radiologiques. Ils sont étayés par des explications convaincantes et des références à la littérature. Partant, la Cour de céans se ralliera aux conclusions du Dr Z\_\_\_\_\_, aux termes desquelles les lésions découvertes lors de l'IRM du 30 juin 2010 et ayant conduit à l'intervention du Dr V\_\_\_\_\_ sont consécutives à l'accident du 4 juillet 2007, dont l'événement du 19 mai 2010 constituait une rechute. Il est vrai que les experts judiciaires ont souligné que l'absence de clichés radiologiques antérieurs à 1997 ne permettait pas d'objectiver une lésion ligamentaire nette. C'est cependant également en se fondant sur les conclusions prises en 1993 par la SUVA et sur l'anamnèse qu'ils ont exclu que cette lésion soit survenue à cette époque. De plus, 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 126 V 353 consid. 5b). Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2). Eu égard à ce principe, l'intimée supporte les conséquences de l'absence des anciens clichés radiologiques.

A/1620/2011 - 41/44 - Il n'existe pas non plus de motif de s'écarter des conclusions du Dr Z\_\_\_\_\_ relatives à la capacité de travail du recourant. En ce qui concerne la période durant laquelle le versement d'indemnités journalières reste litigieux, soit dès le 1er décembre 2009, l'expert orthopédiste a noté que la reprise de la capacité de travail était exigible dix-huit mois après l'intervention du 8 septembre 2008, soit dès le 9 février 2010. On relèvera en effet que l'activité de vendeur de voitures d'occasion n'exige pas de déplacements sur terrain accidenté ou de travail sur des échafaudages, soit les limitations

fonctionnelles retenues par l'expert. L'expert n'a pas retenu d'incapacité de travail en lien avec la rechute du 19 mai 2010 – qui n'a d'ailleurs selon l'écriture du 30 mai 2011 du recourant même pas entraîné d'aggravation durable des douleurs. Sur ce point, il a clairement indiqué sur quels motifs objectifs il se fondait dans son complément d'expertise du 25 juillet 2014, et ses explications emportent la conviction. Par la suite, la capacité de travail a à nouveau été nulle pendant six semaines dès l'arthroscopie pratiquée le 19 octobre 2011 par le Dr V\_\_\_\_\_, soit jusqu'au 30 novembre 2011. S'agissant de l'appréciation par l'expert de la capacité de travail après l'intervention chirurgicale, elle est au demeurant corroborée par les déclarations du recourant, qui a affirmé lors de l'audience du 26 octobre 2011 qu'il pouvait désormais dormir et marcher normalement. Le dernier certificat du Dr V\_\_\_\_\_, établi le 15 août 2014, ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expert. Il se borne en effet à indiquer que l'incapacité de travail est justifiée par l'évolution du recourant depuis l'accident, ce qui ne constitue à l'évidence pas une motivation suffisante. L'incidence que le Dr V\_\_\_\_\_ prêle au traitement de morphine ne convainc pas non plus. En premier lieu, on ne peut suivre ce médecin lorsqu'il affirme que le recourant était juridiquement incapable d'établir ou de conclure des contrats en raison des effets du traitement. Une telle assertion revient en effet à considérer que le recourant était incapable de discernement au sens des art. 18 et suivants du code civil (CC ; RS 210). Or, dans un tel cas, le recourant aurait dû bénéficier d'une mesure de protection de l'adulte conformément aux art. 360ss CC, ce qui n'est pas le cas. S'agissant de la conduite de voitures, il est vrai que la Dresse F\_\_\_\_\_ avait fait état de difficultés à conduire dans ses rapports du 17 février 2009 et du 18 décembre 2009. L'incapacité de travail n'est cependant pas contestée à cette date, de sorte que ce seul élément ne suffit pas à corroborer l'allégation du Dr V\_\_\_\_\_. Il ne ressort en particulier ni des expertises du Dr H\_\_\_\_\_ et du Dr Z\_\_\_\_\_ ni des autres rapports médicaux que le recourant se serait plaint de ne plus pouvoir conduire, et il n'a jamais rapporté de telles difficultés dans ses écritures ou lors de son audition par la Cour de céans. On relèvera enfin que dans la description que le recourant a faite le 6 août 2010 de l'événement du 19 mai 2010, il a précisé qu'il marchait sur la rampe en sortant du parking. Compte tenu de cette déclaration, il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'il conduisait encore à cette époque, ce qui contredirait les indications du Dr V\_\_\_\_\_.

A/1620/2011 - 42/44 - L'intimée devra dès lors verser des indemnités journalières pendant les périodes d'incapacité de travail définies par le Dr Z\_\_\_\_\_. Le recourant a également droit à la prise en charge du traitement médical en lien avec l'accident jusqu'à la stabilisation de l'état de sa cheville, également intervenue le 30 novembre 2011.

## **E. 10**

Le recourant a conclu au versement d'intérêts moratoires sur les indemnités journalières. Aux termes de l'art. 26 al. 2 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire (ATF 119 V 233 consid. 4). Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une expansion de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de

première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1). En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question par économie de procédure. Comme cela découle de la loi, une des conditions au versement d'intérêts moratoires est que l'assuré ait satisfait à son obligation de collaborer, ancrée à l'art. 43 LPG. L'alinéa troisième de cette disposition prévoit que si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. L'obligation de collaborer implique notamment que l'assuré donne des renseignements conformes à la vérité. Or, le recourant a en l'espèce caché à l'intimée le fait qu'il avait déjà subi un accident à la cheville par le passé, pour lequel il avait perçu des prestations de l'appelée en cause. Eu égard à l'importance du traitement et à la durée de la procédure ayant opposé le recourant à l'appelée en cause à l'époque, il n'est guère vraisemblable que celui-ci ait pu oublier cet événement. On ne peut dès lors admettre qu'il s'est plié à son obligation de collaborer, ce qui exclut le droit à des intérêts moratoires conformément à la loi.

A/1620/2011 - 43/44 -

#### **E. 11**

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Aux termes de l'art. 61 let. g LPG, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. Le point de savoir si et à quelles conditions une partie a droit à des dépens en instance cantonale de recours lorsqu'elle obtient gain de cause relève du droit fédéral, alors que la fixation du montant de l'indemnité de dépens ressortit au droit cantonal (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_827/2011 du 13 juin 2012 consid. 5). En l'espèce, le recourant n'obtenant que très partiellement gain de cause, les dépens seront fixés à CHF 1'500.- (cf. art. 6 RFPA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/1620/2011 - 44/44 - 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.