

GE_GERICHTE ATAS/1248/2012 vom 15. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1248_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1248/2012 du 15 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1248/2012 del 15 ottobre 2012

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; RS E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la

A/1491/2012 - 5/10 - 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). Elle est ainsi compétente pour juger du cas d'espèce. Formé dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

E. 2

Est litigieuse la question de savoir si l'assurance est fondée à refuser la prise en charge de l'intervention chirurgicale sur le coude gauche. a. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (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; ATF 122 V 232 consid. 1). La responsabilité de l'assureur- accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a; 119 V 337 consid. 1). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 de l'assuré. 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. 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, 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b). b. 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 contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins consultés par le recourant, le juge peut et doit tenir compte du fait

que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à

A/1491/2012 - 6/10 - prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c. 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 324 consid. 3.2 et 3.3; 125 V 195 consid. 2). d. En l'espèce, le Dr G _____, spécialiste en chirurgie, œuvrant au sein de l'intimée, a exposé que la compression du nerf ulnaire au niveau du coude était une maladie fréquente. Aucun indice contemporain à l'accident n'indiquait que le coude avait été touché lors de l'accident. Ni l'EMG réalisé le 8 octobre 2008 ni les constatations faites au niveau du coude et recueillies lors de l'opération du 18 novembre 2008 ne permettaient de mettre ces troubles en relation avec l'accident. Par ailleurs, lors de l'examen par le médecin d'arrondissement, le 6 novembre 2008, une légère tuméfaction se limitant au poignet gauche avait été mise en évidence; le coude était sans particularité. Le lien de causalité était possible, mais pas vraisemblable; il n'y avait pas de rapport de causalité vraisemblable direct ou indirect entre la neuropathie du nerf ulnaire gauche et l'accident. Cette appréciation rejoint celle opérée par le médecin d'arrondissement, qui a relevé que l'affection au coude concernait un "autre segment" du corps que celui touché par l'accident, à savoir les poignets. Dans son premier "memo", le Dr B _____ s'est fondé sur le rapport de la Dresse C _____ pour retenir une causalité probable entre la neuropathie compressive du nerf ulnaire du coude gauche et l'accident. Il n'a pas apporté d'autres éléments en faveur de cette causalité. La Dresse C _____, spécialiste en neurologie et électroneuromyographie, a indiqué que le nerf cubital gauche montrait à nouveau un ralentissement de la vitesse de conduction motrice au coude et une nette réduction de l'amplitude pour l'auriculaire et l'annulaire faisant suspecter une récurrence de la compression du nerf cubital gauche au coude. Ce rapport médical circonstancié ne se prononce pas sur le lien de causalité entre l'atteinte litigieuse et l'accident de 2008; il constate uniquement la suspicion de récurrence de la compression du nerf cubital gauche au coude. Les explications de la Dresse C _____ ne permettent donc pas de s'exprimer sur l'existence du lien de causalité. Cette réflexion vaut, a fortiori, pour le premier avis du Dr B _____, qui s'est référé à celui de la Dresse C _____. Dans son second "memo", produit à l'appui du recours formé par l'assurance-maladie, le Dr B _____ relève l'importance des lésions occasionnées lors de la chute "d'une hauteur d'environ 2m". Il explique que la présence d'une souffrance

A/1491/2012 - 7/10 - du nerf cubital n'était "pas du tout exclue". Il avance l'hypothèse qu'elle n'a pas été recherchée, car les médecins ne l'avaient pas suspectée. Selon la littérature médicale, une telle atteinte était "extrêmement rare". Elle résultait, dans la plupart des cas, d'un traumatisme grave. La souffrance était due à "une contusion directe du nerf ou ce dernier était comprimé secondairement par l'œdème du tissu mou entourant et menant à une lésion ischémique et fibreuse intraneurale consécutive". Le traumatisme du poignet avec ostéosynthèse avait provoqué un œdème de l'avant-bras avec extension jusqu'au coude et au-delà, menant à la souffrance du nerf cubital." Le simple fait qu'une atteinte traumatique au nerf ulnaire du coude, qualifiée par le Dr B _____ d'extrêmement rare, ne soit pas exclue, ne permet pas de retenir que les troubles du nerf ulnaire actuels du recourant soient

de manière vraisemblable en lien de causalité avec l'accident de 2008. En outre, le Dr B_____ n'étaye pas son hypothèse selon laquelle la lésion ischémique du nerf résulterait de l'œdème ascendant de manière secondaire. Le Dr G_____ estime que cette théorie n'est pas plausible si l'on se fonde sur l'expérience en traumatologie des fractures du poignet. Enfin, les éléments avancés par le Dr B_____ ne reposent pas sur des constatations, ni radiologiques ni cliniques. Au contraire, l'examen clinique effectué par le médecin d'arrondissement le 6 novembre 2008 mentionne expressément que le coude gauche est sans particularités, alors que l'hypothèse articulée par le Dr B_____ repose sur l'existence d'un œdème s'étant étendu jusqu'au coude. Enfin, le Dr B_____ ne semble pas avoir maintenu son avis, puisque selon l'assureur maladie, celui-ci a retiré le recours après avoir soumis le document établi par le Dr G_____ et l'intégralité du dossier médical à son service médical. Il semble ainsi, implicitement, s'être rallié à l'appréciation du Dr G_____. Les "memos" du Dr B_____ ne sont donc pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr G_____. Le Dr F_____ a indiqué que le traumatisme de la main subi par le recourant "peut" engendrer une neuropathie ulnaire au coude. Ce spécialiste de la main ne fait toutefois qu'évoquer une possibilité. Il n'élabore pas plus avant cette hypothèse; en particulier, il n'indique pas qu'en l'occurrence des éléments concrets plaideraient en faveur de cette hypothèse. Le Dr F_____ semble d'ailleurs avoir, dans un premier temps, divergé de l'avis du Dr B_____. Au vu de ce qui précède, les avis des Drs F_____, B_____ et C_____ ne comportent pas d'éléments pertinents venant contredire l'appréciation du Dr G_____. Cette dernière expose de manière motivée les éléments sur lesquels elle repose et parvient à une conclusion convaincante. Elle émane d'un médecin spécialisé en chirurgie, dont aucune circonstance ne permet de douter ni de ses compétences ni de sa probité, au demeurant pas remises en cause. Partant, la Cour ne s'écartera pas de l'avis du Dr G_____, selon lequel

A/1491/2012 - 8/10 - l'affection au coude gauche ayant été traitée lors de l'opération de novembre 2008 et nécessitant une nouvelle intervention n'est pas en relation de causalité probable avec l'accident de 2008.

E. 3

Se pose encore la question de savoir si l'opération envisagée doit néanmoins être prise en charge par l'assurance-accidents en vertu de l'art. 10 OLAA, comme le fait valoir le recourant. Ce dernier explique que dans la mesure où le traitement du coude gauche avait été pris en charge en 2008 et que l'affection actuelle est liée à celui-ci, l'intimée doit être tenue à prester. L'assurance répond qu'elle peut mettre un terme à son obligation de prester, sans devoir se fonder sur un motif de révision, en invoquant le fait que l'évènement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. L'assurance-accidents alloue ses prestations également pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA, art. 10 OLAA). L'assurance-accidents supporte ainsi les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident (ATF non publié 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 2.2). L'assurance-accidents ne répond cependant que lorsqu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre la lésion et le traitement rendu nécessaire à la suite de l'accident assuré (ATF 128 V 172). b. Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents a la possibilité de

mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Est réservée l'éventualité dans laquelle l'assureur-accidents réclame les prestations allouées (ATF 133 V 57 consid. 6.8; ATF np 8C_3/2010 du 4 août 2010, consid. 4.1). c. Il a été exposé plus haut (consid. 2.d) que l'affection au nerf ulnaire du coude gauche ayant été traitée lors de l'intervention chirurgicale en novembre 2008 n'est pas en relation de causalité avec l'accident de 2008. En application de la jurisprudence précitée, l'assureur-accidents est ainsi fondé à refuser la prise en charge de la suite d'un traitement pour lequel il a versé à tort des prestations par le passé. Il n'est pas allégué et ne ressort d'aucun avis médical que la nouvelle affection au nerf ulnaire soit due à une erreur médicale ou un autre évènement pouvant être qualifié d'accident au sens de la LAA. Les Drs H_____ et F_____

A/1491/2012 - 9/10 - évoquent une récurrence de la neuropathie en raison d'une fibrose cicatricielle, et le Dr G_____ décrit "des complications tardives de cette intervention [i.e. de 2008] (tissu cicatriciel)". Aucun de ces spécialistes ne mentionne cependant que l'opération de 2008 aurait causé une lésion de type accidentel. En conclusion, l'intimée a refusé à juste titre la prise en charge de la nouvelle intervention. Le recours est donc rejeté.

E. 4

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais. * * *

A/1491/2012 - 10/10 - 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.