

GE_GERICHTE ATAS/1276/2009 vom 20. Oktober 2009

GE Cour de justice, 2009-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1276_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1276/2009 du 20 octobre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1276/2009 del 20 ottobre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 5 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA ; RS 832.20).

E. 2

Les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, s'appliquent à la présente cause. Il sied ici de relever que les dispositions contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant son entrée en vigueur ; il n'en découle aucune modification de principes, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (cf. ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 21 novembre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée des frais médicaux jusqu'à complète stabilisation de son état de santé, au versement d'indemnités journalières du 26 mars au 31 mai 2008 et d'une rente d'invalidité dès le 1er juin 2008.

E. 5

Selon l'art. 10 al. 1er let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur sa prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien. De jurisprudence constante, le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c ; ATFA du 23 mars 2000 non publié au Recueil officiel, U 378/99, consid. 3a et les références ; cf. art. 19 al. 1er LAA, a contrario).

A/4229/2008 - 13/18 - D'autre part, l'art. 16 al. 1er LAA prévoit que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit au versement d'une telle indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité 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. De manière générale, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré sup- pose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la san- té, un lien de causalité naturelle. 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 san- té; 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 cau- salité 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 médi- cal, 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'assu- rance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'acci- dent et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de pro- bable 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 du 22 octobre 2008 en la cause 8C_628/2007). Il en va de même pour ce qui concerne les rechutes et séquelles tar- dives (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n. U 206 p. 327 consid. 2 ; ATFA du 18 novembre 2005, U 80/05). Il sied encore de préciser que l'aggravation significative et donc durable d'une af- fection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un trau- matisme (RAMA 2000 n. U 363, p. 46 consid. 3a et les références). En ce qui concerne plus particulièrement la hernie discale, il y a lieu de rappeler que, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événe- ment accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement et pour autant que certaines conditions particulières soient remplies (RAMA 2000 n. U 378, p. 190).

A/4229/2008 - 14/18 - 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 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 ; ATF du 22 octobre 2008 précité), au point que le dom- mage 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 réf- erences). 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 com- plications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 con- sid. 5d/bb et les référence). En l'espèce, il apparaît que les avis médicaux recueillis depuis l'accident du 7 jan- vier 2003, dont il n'y a pas lieu de s'écarter, s'accordent sur l'existence, chez le re- courant, de troubles somatiques et d'une composante psychique et psycho-sociale importante. Selon les rapports établis par les docteurs L_____, N_____, P_____, Q_____, R_____, S_____ et T_____ no- tamment, les troubles du rachis constatés après l'accident ont récidivé à plusieurs reprises, de sorte que le recourant a dû se soumettre à des

interventions chirurgicales successives, la dernière ayant été réalisée le 11 avril 2006. En particulier, si la pose de fixations rigide en L4-L5 et semi-rigide en L3-L4 a permis de mettre un terme aux récives constatées, elle a naturellement entraîné une raideur de ce segment du rachis et, partant, quelques limitations fonctionnelles en cas de postures prolongées. Force est cependant de constater que, suite au séjour du recourant à la CRR, du 22 novembre au 19 décembre 2006, les médecins consultés ont attesté une pleine capacité de travail en qualité d'employé d'aéroport à compter du 1er janvier 2007 et une stabilisation de son état de santé dès le 31 janvier suivant, sous réserve d'un traitement d'entretien, de consultations médicales isolées et de physiothérapie. Le recourant était alors en bonne forme ; il avait retrouvé une bonne musculature et la mobilisation du rachis s'effectuait librement. Sa mobilité était globalement conservée malgré une raideur du segment lombaire, les changements de position s'effectuaient sans difficulté, et la station assise prolongée pouvait être soutenue sans problème. Il n'y avait pas de déficit neurologique significatif aux membres inférieurs, même si une discrète atteinte séquellaire L5 gauche pouvait être évoquée du point de vue électro-physiologique. Cette appréciation médicale a été confirmée par le fait qu'à partir du 11 juin 2007, soit un peu moins de deux mois après l'accident de la circulation dont il avait été la

A/4229/2008 - 15/18 - victime, accident qui avait légèrement aggravé le tableau clinique, le recourant a pu, à plein temps, exercer sans mal l'activité d'employé d'aéroport pendant plus de cinq mois. Par la suite, le traitement de la vive douleur ressentie le 29 novembre 2007 a mis en évidence l'évolution de troubles dégénératifs et rendu nécessaire un arrêt de travail complet d'une douzaine de jours. Les rapports médicaux établis par le docteur R_____ les 31 janvier 2007 et 28 mai 2008, globalement superposables, montrent cependant que le diagnostic était demeuré inchangé au niveau lombaire entre ces deux dates, ce que le rapport établi le 23 juillet 2008 par le physiothérapeute traitant du recourant, le docteur P_____, confirme sans équivoque. Il apparaît dès lors que l'incapacité totale de travail attestée du 26 mars au 31 mai 2008 par le docteur V_____, soit une semaine après que l'employeur eût déclaré résilier les rapports de travail, est très vraisemblablement étrangère aux troubles somatiques évoqués plus haut. Sur ce point, il convient de relever, d'une part, que ce praticien n'a fourni aucune explication au cours des enquêtes et que, d'autre part, contrairement à ce que prétend le recourant, le docteur P_____ n'a nullement attesté que ladite incapacité fût en lien direct avec le sinistre en cause. À lire le rapport que ce médecin a dressé le 23 juillet 2008, il apparaît sans ambiguïté que l'incapacité de travail dont la prise en charge est réclamée était, en présence d'un diagnostic inchangé au niveau lombaire, à mettre sur le compte des fluctuations de l'état de santé du recourant, lesquelles étaient essentiellement tributaires de sa situation psychosociale. Au vu de ce qui précède, il s'impose de retenir que les troubles somatiques engendrés par l'accident du 7 janvier 2003 étaient stabilisés le 31 janvier 2007 au plus tard, que rien n'indique que l'incapacité de travail attestée du 26 mars au 31 mai 2008 ou les troubles psychiques diagnostiqués aient été d'une quelconque manière causés par ce fâcheux événement ou par ses suites, et que l'accident du 22 avril 2007 n'a pas eu de conséquences objectivables. En conséquence, l'intimée était fondée à nier, à compter du 26 mars 2008, le droit du recourant à la prise en charge des soins médicaux prodigués, sous réserve des AINS, de consultations médicales isolées et de quelques séances annuelles de physiothérapie, ainsi qu'au versement d'une indemnité journalière.

E. 6

Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1er LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est permanente ou de longue durée. 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

A/4229/2008 - 16/18 - psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). L'art. 19 al. 1er, première phrase LAA précise à cet égard que 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). Le revenu sans invalidité se détermine d'autre part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques.

A/4229/2008 - 17/18 - En l'espèce, le salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé était de 4'732 fr. par mois en 2006 (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 4'814 fr. 20 en 2007 en raison de l'évolution des salaires nominaux (indice 2006 : 2'014 ; indice 2007 : 2'049). Ce salaire hypothétique tient compte d'un large éventail d'activités légères existant sur le marché du travail, qui ne nécessitent pas de formation particulière, dont un nombre suffisant intègre les

quelques limitations fonctionnelles du recourant, et représente, étant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41.7 heures), un revenu de 5'018 fr. 80 par mois ($4'814.20 \times 41.7 \div 40$), ou 60'225 fr. 60 par année ($5'018.80 \times 12$). Selon le résultat des démarches effectuées par l'assureur dans le domaine d'activité favori du recourant, celui-ci pouvait prétendre, sans invalidité, au versement d'un salaire annuel brut de 58'492 fr. ($[70'850 + 51'600 + 54'000 + 54'000 + 62'010] \div 5$) ou, dans le domaine aéroportuaire où il a effectivement œuvré, au versement d'un salaire annuel brut de 62'400 fr. ($4'800 \times 13$). Il résulte, de la comparaison des revenus ainsi déterminés, en ne retenant que ceux qui sont le plus favorable au recourant, un taux d'invalidité de 3.48% ($[62'400 - 60'225.60] \div 62'400 \times 100$), arrondi à 3%. Ce taux étant insuffisant pour ouvrir le droit au versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accident, c'est également à bon droit que l'intimée a refusé le versement de cette prestation.

E. 7

Pour le surplus, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause, il ne peut prétendre à l'octroi de frais et de dépens (art. 61 let. g LPG, a contrario).

A/4229/2008 - 18/18 -

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