

GE_GERICHTE ATAS/1285/2010 vom 9. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1285_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1285/2010 du 9 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1285/2010 del 9 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/3255/2008 - 9/15 - En l'espèce, tous les faits déterminants se sont produits après l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003. Conformément à l'article 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Respectant par ailleurs les autres conditions de recevabilité, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). 3.1. Aux termes de l'article 6 al. 1 LAA, des prestations d'assurance de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi les prestations assurées, se trouve le droit de l'assuré à une rente d'invalidité si ce dernier est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA). Ce droit 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 (art. 19 al. 1 LAA). Selon l'art. 4 LPGA, on entend par 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. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). L'octroi de prestations

découlant d'un accident suppose par ailleurs un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommage de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (FRESARD/MOSER-ZELESS, "l'Assurance-accidents obligatoire", in : Soziale Sicherheit, 2e édition, paragraphes 79 et 85, p. 865 et 867).

Il existe un lien de causalité naturelle lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou pas de la même manière, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte.

Le fait qui provoque l'atteinte à la santé peut être associé à d'autres facteurs, pour

A/3255/2008 - 10/15 - autant qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 79, p. 865).

L'existence d'un lien de causalité naturelle s'apprécie avant tout sur la base de faits et d'évaluations médicales (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 82, p. 866). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par une 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. Le juge doit ainsi le cas échéant retenir les éléments de fait allégués ou envisageables qui lui paraissent les plus probables. (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 et les références). 3.2. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut se fonder sur des données médicales émanant de médecins liés à l'assureur par des relations contractuelles régulières, tel que le médecin de l'assurance, étant toutefois précisé qu'il devra poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'appréciation portée par ce médecin et par la fiabilité des données de ce dernier. Le rapport médical du médecin traitant doit également être pris en compte, étant toutefois précisé qu'il n'aura pas la même valeur qu'une expertise mise en œuvre par un tribunal ou par l'assureur-accidents, dès lors que le médecin traitant n'est pas un tiers indépendant des parties. Lorsque le médecin traitant se

A/3255/2008 - 11/15 - prononce sur une expertise, le juge doit examiner si son appréciation est propre à mettre en doute l'opinion de l'expert (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 688, p. 1024 et 1025). Par ailleurs, un rapport médical établi uniquement sur la base du dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 686 in fine, p. 1024). Si, en application

du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement ces dernières, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves, la jurisprudence a cependant eu l'occasion de préciser que le juge ne s'écartera pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 3.3. Selon l'article 61, lettre c LPGA, le Tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Cette disposition de procédure reprend le texte de l'article 108 al. 1 lettre c LAA, norme qui est l'expression du principe inquisitoire. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et les faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF non publié No U 454/04 du 14 février 2006; ATF 125 V 195, consid. 2).

A/3255/2008 - 12/15 - Les parties supportent par ailleurs le fardeau de la preuve, dans la mesure où elles doivent se voir opposer l'absence de preuve (ATF 117 V 261).

E. 4

Il n'est pas contesté que les troubles de la colonne lombaire aient préexistés à l'accident du 9 octobre 2003 et qu'ils n'aient été qu'aggravés temporairement par les difficultés liées à l'utilisation par l'assuré du membre inférieur droit. Les examens médicaux n'ont révélé aucune aggravation des affections touchant la colonne en lien avec l'accident. En l'espèce, la question litigieuse porte sur le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 9 octobre 2003 et l'état de santé du recourant depuis le 1er janvier 2006 (en ce qui concerne les troubles de la cheville), lequel état de santé n'est d'ailleurs pas contesté par l'intimée.

En effet, si l'intimé a cessé ses prestations dès janvier 2006, même s'il la rupture du lien de causalité n'a pas été expressément mentionnée dans son courrier du mois de février 2006, c'est bel et bien qu'elle considérait que les troubles à l'origine du droit avaient cessé d'exister, à savoir que les troubles dont l'assuré faisait encore état ne se trouvaient plus dans un rapport de causalité avec l'accident.

Le fait que l'intimé ait continué à investiguer dans le cas d'espèce après la fin des versements, lorsque le Dr. I_____ a été mandaté, ne saurait lui être reproché. Ce d'autant plus qu'il ne faut pas perdre de vue, comme semble le faire le recourant, que le rapport d'expertise sollicité auprès du Dr. H_____ ne concernait pas directement l'assurance-accident.

C'est au contraire pour déterminer précisément quelle part de l'incapacité de travail éventuelle était à mettre en lien avec l'accident ou avec d'autres causes, l'expertise du Dr. H_____ soulevant cette question légitimement, qu'elle a mandaté le Dr. I_____.

Ce dernier s'est clairement attelé à préciser quelle part de l'incapacité invoquée pouvait encore être mise en lien avec l'accident uniquement.

E. 5

Le recourant conteste en outre la valeur qui a été attachée par l'intimé au rapport du Dr. I_____, le remettant en question pour divers motifs.

Ainsi, cet expert s'était fondé principalement sur le rapport établi par le Dr. E_____, lequel n'était pas en possession en septembre 2004 des examens effectués le mois suivant et ayant mis en évidence une maladie de Südeck.

Or, à teneur du rapport du Dr. I_____, force est de constater que bien que ce dernier aboutisse aux mêmes conclusions que le premier expert quant aux

A/3255/2008 - 13/15 - troubles dorso-lombaires, il ne se tient bien évidemment pas aux conclusions relatives aux troubles de la cheville de celui-ci.

Au contraire, il examine les autres rapports médicaux et les examens radiographiques effectués postérieurement au mois de septembre 2004 pour émettre son opinion sur l'incidence des troubles persistants de la cheville sur la capacité de travail de l'assuré. Le Dr. I_____ a fourni des explications pour retenir que les troubles dont faisait état l'assuré n'étaient plus en lien avec l'accident. Ainsi, il mentionne que ces plaintes (douleurs du membre inférieur droit, fatigabilité, périmètre de marche limité, lombalgies avec pseudo sciatgie droite) n'étaient pas expliquées par l'évolution des lésions en rapport avec l'accident, mais laissaient entrevoir la possibilité d'un trouble somatoforme persistant que l'expertise psychiatrique avait reconnu. D'autre part, le traitement était terminé en ce qui concernait la cheville droite et les complications liées à cette articulation étaient guéries (consolidation de la fracture depuis mai 2003, plus de traitement envisagé ni par lui-même ni par les autres médecins, selon les rapports). Certes, le Dr. I_____ ne s'est-il pas fondé sur des examens complémentaires, tel qu'une scintigraphie osseuse, laquelle avait été préconisée par le Dr. H_____. Toutefois, il a argumenté sa position sur le caractère non nécessaire selon lui de pratiquer de nouveaux examens, à savoir du fait qu'il avait lui-même effectué un examen clinique lui permettant de retenir que l'algodystrophie était guérie (pas de syndrome inflammatoire, pas d'atrophie musculaire massive, bonne mobilité et fonction de la cheville), ce qui ressortait du bilan de sortie des HUG, après IRM effectuée au mois de mars 2005. Le recourant n'a d'ailleurs pas produit une nouvelle scintigraphie osseuse ou un autre résultat d'examen qui pourrait contredire les conclusions de l'expert sur ce point. Force est de constater que le seul rapport médical auquel le recourant fait référence dans l'intention d'établir que l'algodystrophie est encore présente, est le rapport du Dr. J_____, à la lecture duquel il ressort qu'aucun examen n'a été effectué sur la cheville de l'assuré, le médecin en question étant consulté en raison des troubles dorso-lombaires et ayant vraisemblablement fait référence aux mentions préexistantes figurant au dossier en mains de son service, s'agissant de la maladie de Südeck. Le recourant soutient ensuite que le Dr. I_____ ne pouvait pas se baser sur l'avis du Dr. G_____ pour retenir que le traitement était terminé pour

A/3255/2008 - 14/15 - la cheville droite, au 4 janvier 2006, car celui-ci avait fait des constatations contradictoires. Il sied de constater que le Dr. G _____ est intervenu sur la durée, à la demande du médecin traitant de l'assuré. On ne peut dès lors le soupçonner d'avoir un quelconque parti pris à son encontre. Le fait que ce médecin ait fait mention d'un état douloureux chronique et d'une algodystrophie, puis du fait qu'il s'agissait d'une évolution tout à fait inhabituelle car ces affections auraient dû être guéries bien plus tôt, n'est pas contradictoire, ainsi que l'allègue le recourant. Cela pourrait vouloir dire qu'un autre problème médical existe. Toutefois, aucune autre affection n'a pu être mise en évidence par les différents médecins consultés. Au vu de ce qui précède et dans la mesure où le Tribunal n'a pas de raison objective de s'écarter du rapport d'expertise établi par le Dr. I _____, celle-ci ayant été effectuée dans les règles de l'art, de manière complète et détaillée, il n'ordonnera pas d'expertise complémentaire et donnera raison à l'intimé.

E. 6

Le recourant fait encore valoir une invalidité de 25% qui lui permettrait de solliciter une rente au sens de l'art. 18 LAA dès le 11 juillet 2006, à savoir dès la fin du versement des indemnités d'assurance perte de gain maladie.

Le Tribunal ne peut que constater que l'existence d'une invalidité de 10% au minimum n'a pas été prouvée dans le cas d'espèce et que le lien de causalité étant rompu dès le mois de janvier 2006 au plus tard, l'octroi d'une telle rente n'est pas justifiée.

E. 7

La procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGa).

A/3255/2008 - 15/15 -

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