

GE_GERICHTE ATAS/1301/2014 vom 15. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1301_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1301/2014 du 15 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1301/2014 del 15 dicembre 2014

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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée dès le 23 septembre 2013, plus particulièrement sur le point de savoir si les troubles que le recourant présente depuis cette date constituent une rechute de l'accident subi en 2002.

E. 5

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. De jurisprudence constante, la notion d'accident se décompose ainsi 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 doive alors être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Le droit au versement de prestations de l'assurance-accident suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

E. 6

Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles (cf. art. 11 1ère phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]).

A/1474/2014 - 12/15 - Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2009 du 5 octobre 2010 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 3). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3).

E. 7

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. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. 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

A/1474/2014 - 13/15 - 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 minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confère 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. 8

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, ATF 125 V 193 consid. 2).

E. 9

En l'espèce, on notera qu'à partir du 23 septembre 2013, les certificats d'incapacité de travail ont été établis en raison de lombalgies, selon les indications de la Dresse I_____. Par ailleurs, les médecins ayant soigné les troubles de l'épaule du recourant dès le 25 juillet 2013 – soit le Dr H_____ lors de la consultation en urgence puis le Dr D_____ – ont tous deux attesté d'une capacité de travail totale dès le 23 septembre 2013. On peut dès lors admettre que l'état de l'épaule droite du recourant ne justifiait plus d'arrêt de travail dès cette date. Il n'existe en effet aucun élément médical permettant de remettre en cause cette conclusion. Comme on l'a vu, la Dresse I_____ justifie la prolongation de l'arrêt de travail par une autre atteinte. Quant au Dr M_____, il a retenu qu'à cette date, l'état de l'épaule du recourant était similaire à celui qu'avait constaté le Dr C_____ en novembre 2003. Enfin, le Dr J_____ n'a décelé aucune lésion nouvelle lors de l'arthro-IRM du

E. 11

septembre 2013. Le recourant se plaint certes d'avoir mal à l'épaule. Il ne s'agit cependant pas là d'un élément nouveau qui constituerait une rechute. En effet, le recourant présente des douleurs constantes à cette articulation depuis novembre 2003, ce qui a d'ailleurs justifié que l'intimée continue à prendre en charge certains traitements médicaux malgré la stabilisation de son état de santé. Il se plaint également de douleurs dorsales, qu'il a attribuées lors de l'entretien du 9 janvier 2014 aux accidents subis. Il ne peut à l'évidence pas être suivi sur ce point, à tout le moins s'agissant de la qualification de ces douleurs dorsales de rechute de l'événement survenu en 2002. D'une part, la Dresse I_____ a qualifié les lombalgies de douleurs survenant dans un contexte de surcharge psychique, ce qui suffit déjà à exclure leur origine accidentelle. L'origine psychique de ces douleurs paraît de plus corroborée par les résultats de l'IRM réalisée par la Dresse L_____, qui n'a pas constaté de lésion dorsale consécutive à un traumatisme. D'autre part, il n'existe aucun rapport médical établi à la suite de l'accident survenu en 2002 faisant état de douleurs dorsales liées à cet événement. Le recourant a du reste lui-

A/1474/2014 - 14/15 - même déclaré à l'intimée qu'il n'avait jamais souffert du dos avant sa chute en juillet 2013 lors de l'entretien du 9 janvier 2014. Ainsi, même à supposer que les lombalgies entraînent une incapacité de travail dans une activité adaptée – question qui peut en l'espèce rester ouverte – il n'existe aucun indice en faveur d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'événement assuré par l'intimée. Partant, l'existence d'une rechute doit être niée. Par surabondance, on notera que le recourant ne suit aucun traitement autre que conservateur pour l'atteinte à l'épaule, comme cela ressort de ses propres déclarations à l'intimée et du rapport du Dr N_____ du 21 mai 2014. L'éventualité de l'infiltration recommandée par ce dernier médecin ne suffit en particulier pas à nier que l'état de santé soit stabilisé, dès lors que ce traitement semble préconisé avant tout à des fins antalgiques et

qu'on ne peut dès lors pas en attendre une amélioration significative de l'état de santé du recourant. Par conséquent, le droit aux indemnités journalières doit être nié pour ce motif également, eu égard à la jurisprudence citée ci-dessus. 10. Manifestement mal fondé, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGA).

A/1474/2014 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 – LTF - RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait à l'application de la loi fédérale sur les allocations familiales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait à l'application de la loi cantonale sur les allocations familiales. Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Irène PONCET

Le président

Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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