

GE_GERICHTE ATAS/1331/2009 vom 2. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1331_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1331/2009 du 2 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1331/2009 del 2 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Par ailleurs, conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la LPGA qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 60 LPGA). S'agissant des contestations en matière d'assurance complémentaire à la LAA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1ère phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les épreuves (art. 85 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 17 décembre 2004). En l'espèce, interjetée devant le Tribunal le 11 juin 2008 pour des prestations litigieuses dès le 1er février 2008, la demande n'est pas prescrite.

E. 4

a) Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par le recourant ensuite de son accident de juin 2007 donnent droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2008, respectivement à des prestations de l'assurance complémentaire. b) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let.

A/2092/2008 - 8/15 - c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 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 santé; 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). 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, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement 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; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190

A/2092/2008 - 9/15 - consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00). c) Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. C'est donc essentiellement en présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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 LPG), 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. A cet égard, il importe 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

A/2092/2008 - 10/15 - Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient 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). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 5

En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports du médecin traitant, le Dr L _____, une expertise du Dr M _____ de février 2008 ainsi qu'une expertise de du Dr N _____ d'avril 2009. Le Tribunal de céans a nié toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr M _____ au motif que celui-ci contenait de nombreuses contradictions et inexactitudes, notamment dans l'anamnèse, qui faisaient douter du bien-fondé des conclusions mêmes. Partant, il a ordonné une expertise judiciaire. Dès lors, pour les motifs invoqués et qui sont expliqués dans l'ordonnance d'expertise du 19 février 2009, il ne sera pas tenu compte du rapport d'expertise du Dr M _____, quand bien même, ce médecin a pu pour ce faire bénéficier des radiographies qui avaient été faites le jour de l'accident, soit le 12 juin 2007, et qui ont été perdues par la suite.

A/2092/2008 - 11/15 - Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise du Dr N _____. Ce médecin a reçu l'assuré lors de deux entretiens. Il a examiné les pièces médicales au dossier. Il a recueilli les données subjectives, personnelles, familiales et objectives de l'assuré (anamnèses), a procédé à une synthèse et une discussion et répondu clairement aux questions qui lui étaient posées. Ses conclusions sont motivées et il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il retenait un lien de causalité entre l'accident et ses séquelles, et ceci jusqu'à quelle date, et pourquoi il retenait telle date pour le statu quo ante. Ses conclusions sont dénuées de contradictions et sont convaincantes. L'intimée objecte aux conclusions de l'expert judiciaire que ce dernier ne détenait pas les radiographies effectuées le jour de l'accident. Or, ces radiographies ont disparu et aucun expert ne pourra dès lors effectuer une expertise sur la base des dites radiographies. Seul le Dr M _____ a pu s'exprimer sur ces clichés, mais son expertise a été écartée en raison notamment du fait qu'il était possible que ce dernier ait fait une confusion de dossiers, tant certaines données de l'anamnèse étaient éloignées de celles de l'assuré. Dès lors, toute expertise doit désormais être faite sur la base des documents médicaux se trouvant au dossier, à l'exclusion des radiographies effectuées le jour de l'accident. On ne peut dès lors reprocher au Dr N _____ d'avoir pu conclure sans ces clichés.

E. 6

L'expert explique que le scanner qu'il a demandé montre très clairement un important enfoncement de plateau supérieur de D12. Le radiologue pense qu'il s'agit d'une séquelle d'une maladie de Scheuermann sans en être certain à 100 %. Le Dr N _____ explique que dans le cas présent, le diagnostic différentiel comprend des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, une fracture tassement de D12 suite à la chute ou une combinaison des deux. L'expert explique : "Pour pouvoir trancher, il est nécessaire de s'appuyer sur la clinique. Les déclarations de Monsieur sont crédibles et n'ont pas varié. Fortes douleurs immédiates dans la région dorsolombaire, soulagées par le port d'un lombostat et d'antalgiques majeurs type Tramadol. Évolution lente mais positive. Lors de l'expertise faite par le Dr M _____, ce dernier décrit un syndrome vertébral (le patient ne peut pas se pencher en avant) et que la palpation des masses musculaires paravertébrales, dorsales et lombaires est indolore excepté en D12 où il existe un spasme musculaire paravertébral douloureux à droite. Rappelons que cette expertise a eu lieu six mois après l'accident. Actuellement la situation clinique est bonne. À l'examen il persiste une légère douleur au niveau de D12 et une petite contracture musculaire. Il est donc indubitable qu'une lésion traumatique a existé au niveau de cette vertèbre et qu'elle est la conséquence de l'accident du 12 juin 2007. Une lésion osseuse met entre quatre à six mois pour se

réparer. Les examens radiologiques ont été faits probablement trop tard, ce qui explique la difficulté que nous avons pour poser un diagnostic de certitude. Les douleurs ont pu persister plus longtemps que la réparation osseuse car nous savons que ce genre d'atteintes provoque des modifications de la statique entraînant des contractures et des rétractions

A/2092/2008 - 12/15 - musculaires. Rappelons aussi que Monsieur a porté un lombostat, ce qui a pu entraîner une perte musculaire. Le corps a donc besoin de quelques mois supplémentaires pour pouvoir se guérir. Il faut également signaler que Monsieur n'a pas eu une bonne prise en charge médicale. La partie rééducation a été très nettement négligée. Je conclus donc à une fracture tassement de D12 fragilisée par une maladie de Scheuermann". Selon l'expert, le lien de causalité, probable, existe avec un degré de vraisemblance prépondérante. Le statu quo ante a été atteint le 28 juillet 2008. Depuis cette date, le cas est terminé du point de vue de l'accident. L'assuré a présenté une incapacité totale de travail du 12 juin 2007 au 17 mars 2008 et de 50 % du 18 mars au 27 juillet 2008. Ces conclusions sont convaincantes et seront suivies par le Tribunal de céans. Partant, il convient de retenir que le lien de causalité naturelle est donné jusqu'au 27 juillet 2008, y compris et que des indemnités journalières sont dues à 100 % du 12 juin 2007 au 17 mars 2008 et à 50 % du 18 mars au 27 juillet 2008, tant pour l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA que pour l'assurance-accidents complémentaire selon le contrat d'assurance LCA.

E. 7

S'agissant des intérêts moratoires sollicités en matière de LAA, conformément à l'art. 26 al. 1er LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que 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. Au vu de ce qui précède, c'est à l'évidence qu'aucun intérêt moratoire n'est dû concernant les prestations de l'assurance-accidents obligatoire. S'agissant des prestations en matière d'assurance complémentaire, la LCA qui régit le contrat en cause règle le moment de l'échéance de la créance résultant du contrat d'assurance: celle-ci est échue 4 semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA). La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss du code des obligations (CO). Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au

A/2092/2008 - 13/15 - débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7 p. 33; Luc THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO). En l'occurrence, le recourant/demandeur n'a pas interpellé l'assurance. Les intérêts moratoires sur les prestations complémentaires LCA sont donc dus dès le lendemain du jour où la demande en

justice a été notifiée à la défenderesse, soit dès le 18 juin 2008 (recours/demande déposés devant la Juridiction en date du 11 juin 2008; recours/demande envoyés à l'assurance par courrier B daté du mercredi 12 juin 2008).

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours et la demande, bien fondés, seront admis. Le recourant qui obtient gain de cause aura droit à des dépens fixés à 1'500 fr.

A/2092/2008 - 14/15 -

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