

GE_GERICHTE ATAS/1340/2014 vom 23. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1340_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1340/2014 du 23 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1340/2014 del 23 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; RS 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modi-

A/1353/2013 - 10/14 - fication du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre fin à sa prise en charge du traitement relatif au pouce gauche du recourant avec effet au 12 juillet 2012.

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. Par accident, on entend 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 6

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré 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. 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. 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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher

A/1353/2013 - 11/14 - l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 7

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 8

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 à la santé. 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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent

habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 9

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'ins- truction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procé- dure 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 li- tigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'af- faire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour les- quelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément dé- terminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa dé- signation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux impor- tants 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

A/1353/2013 - 12/14 - été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des in- terférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Enfin, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur pro- bante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

E. 10

En l'espèce, c'est précisément en raison de la controverse entre les différents spé- cialistes que la Cour de céans a mis sur pied une expertise judiciaire qu'elle a con- fiée au Dr E____, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Son rapport remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, étant rappelé que le juge ne s'écarte pas sans motifs impéra- tifs des conclusions d'une expertise médicale 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opi- nions 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 con- clusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En l'occurrence, les explications - fort détaillées - de l'expert, ne contiennent au- cune contradiction. Quant aux réflexions du médecin-conseil de l'intimée, elles n'apparaissent

pas de nature à faire douter des conclusions de l'expert, au demeurant corroborées par celles du Dr D_____. Le fait que l'expert ait attribué au recourant un âge de 28 ans (recte : 38) au moment des faits semble dénué de pertinence. Outre qu'il s'agit sans doute d'une simple erreur de plume, l'expert n'en a tiré aucune conclusion particulière. S'il a conclu, par la suite, à l'absence d'un état dégénératif préexistant, c'est en étudiant les clichés du recourant. Quant au fait que les premiers troubles à la main gauche remontent à avril 2012 et non à juin 2012, il est également sans conséquences sur les conclusions de l'expert judiciaire.

A/1353/2013 - 13/14 - Les explications de l'expert s'agissant de la main dominante apparaissent convaincantes. Au demeurant, le médecin-conseil de l'intimée ne fait que substituer sa propre appréciation à celle de l'expert en avançant l'hypothèse que la symptomatologie soit devenue prédominante à gauche s'explique simplement par l'importance des lésions prédominantes de ce côté-là. Le Dr F_____ se contente de répéter qu'il existait un état dégénératif préexistant alors même que l'expert explique clairement que rien de tel ne ressort des clichés qui montraient, au contraire, une subluxation et un petit arrachement dont le Dr F_____ a reconnu qu'ils étaient d'étiologie traumatique. Il apparaît enfin contradictoire de la part du Dr F_____ de s'étonner que des investigations n'aient été menées au niveau du pouce gauche qu'après qu'un certain laps de temps s'est écoulé depuis la chute de snowboard pour affirmer ensuite que les lésions traumatiques remontent sans doute à un événement encore antérieur. Il n'existe dès lors aucun élément conduisant à s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire. Il sera donc retenu que le lien de causalité naturelle entre l'atteinte au pouce gauche et l'évènement de décembre 2011 existe bel et bien. Quant au lien de causalité adéquate, il peut être reconnu sans autre, s'agissant d'une lésion physique. Il en découle que c'est à tort que l'intimée a mis fin à sa prise en charge avec effet au 12 juillet 2012. En ce sens, le recours est admis. En revanche, les conclusions du recourant visant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité sont rejetées dans la mesure où, aux dires de l'expert lui-même, l'intervention préconisée - dont la nécessité a été reconnue par le médecin-conseil - permettra de rétablir une situation normale.

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 4 mars 2013 annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1353/2013 - 14/14 - 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.