

GE_GERICHTE ATAS/1411/2009 vom 16. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1411_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1411/2009 du 16 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1411/2009 del 16 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) 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, 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).

E. 4

a) Est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des indemnités journalières ou à une rente au-delà du 9 avril 2008, soit de savoir quelle est la capacité de travail de l'assuré dans sa profession ou dans une activité adaptée dès cette date. En effet, par décision du 4 avril 2008, la SUVA a reconnu le recourant apte à travailler à 75 % dès le 11 février 2008 comme conducteur de tram et à 100 % dès le 9 avril 2008. 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. 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

A/463/2009 - 8/11 - 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). c) 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). 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,

A/463/2009 - 9/11 - 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 des médecins traitants, notamment des Drs C _____ et G _____, qui lui a succédé, des rapports des médecins conseils de la SUVA ainsi qu'un rapport de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA de janvier 2008. Selon ce rapport, le recourant présente une capacité de travail dans sa profession de 75% au 15 janvier 2008 et une capacité entière depuis le 15 février 2008. Ce rapport est probant selon la jurisprudence du Tribunal fédéral et ses conclusions sont d'ailleurs confirmées par le Dr G _____ des HUG. Le Dr D _____, interniste, ne se prononce pas quant à lui sur la capacité de travail et s'en réfère au médecin spécialiste. Le Dr E _____, chirurgien-orthopédiste et médecin conseil de la SUVA, a également estimé la capacité de travail du recourant totale dans sa profession de conducteur de tram.

Seul le Dr C _____ des HUG, remplacé dans sa pratique aux HUG par le Dr G _____, estime que son patient n'est capable dans sa profession qu'à 50%. Cependant, il ne s'est pas prononcé sur le rapport de la Clinique romande de réadaptation et n'a pas motivé son avis. Dès lors, cette appréciation, isolée, sera écartée. Au vu de ce qui précède et de l'avis quasiment unanime des médecins, il sera retenu que le recourant présente une capacité de travail de 75% dans sa profession de conducteur de tram depuis le 11 février 2008 et totale depuis le 9 avril 2008 (dates retenues par la SUVA et plus favorables que celles du rapport de la Clinique romande de réadaptation).

E. 6

Quant à la demande du recourant d'un délai supplémentaire pour se déterminer sur l'appréciation du Dr G _____, elle sera également écartée. En effet, le Tribunal a octroyé un délai aux parties suffisamment long pour se déterminer sur l'avis dudit médecin. Par ailleurs, selon l'art. 16 al. 2 de la Loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), le délai imparti par l'autorité peut être prolongé pour des motifs fondés si la partie en fait la demande avant son expiration. L'alinéa 3 dispose que la restitution pour inobservation d'un délai imparti par l'autorité peut être accordée si le requérant ou son mandataire a été empêché sans sa faute d'agir dans le délai fixé. La demande motivée doit être présentée dans les 10 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé.

A/463/2009 - 10/11 - En l'occurrence, la demande de prolongation n'a pas été faite avant l'expiration du délai fixé par le Tribunal. Le mandataire du recourant indique cependant sans autre précision ni explication n'avoir reçu les courriers de septembre et d'octobre du Tribunal de céans que le 10 novembre 2009. Cette allégation non motivée ne peut dès lors constituer un motif fondé. Quant aux jours d'hospitalisation du mandataire, on ignore quel en est leur nombre et à quelles dates ils sont intervenus; ils n'ont de surcroît pas été justifiés par un certificat d'hospitalisation. Enfin, il y a lieu de relever que le mandataire aurait dû se faire remplacer pour des jours d'hospitalisation planifiés (intervention chirurgicale), par exemple par son collègue d'étude. Pour tous ses motifs, la demande de prolongation de délai sera écartée.

E. 7

Ainsi, il y a lieu de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

A/463/2009 - 11/11 -

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