

GE_GERICHTE ATAS/1425/2009 vom 5. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1425_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/1425/2009 du 5 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/1425/2009 del 5 novembre 2009

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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

Respectant les forme et délais légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 3

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

E. 4

Est litigieux en l'espèce le droit du recourant au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents au-delà du 1er octobre 2005 en raison de la chute dans les escaliers du 9 juillet 2002 et de l'accident du 22 octobre 2002. Singulièrement, il s'agit de se prononcer sur le lien de causalité entre les événements précités et l'intervention chirurgicale du 18 novembre 2004, ainsi que sur leurs conséquences et enfin, la stabilisation de l'état de santé du recourant.

A/3693/2006 - 11/17 -

E. 5

a) L'art. 6 al. 1 LAA stipule que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10 LAA). b) Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; art. 4 LPGA). c) Dans le cas d'espèce, l'intimée ne conteste pas que la chute du 9 juillet 2002 ayant occasionné une entorse de la cheville répond à la définition de l'accident précitée. Il en va de même de l'événement du 22 octobre 2002 (casserole tombée sur le pied du recourant).

E. 6

a) 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui se serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait 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). 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 le 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). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). b) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par

l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins alloués conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (ATF 128 V 169 consid. 1c p. 171 ss; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 140 sv., ATF non publié du 11 mars 2009, 8C 433/2008)).

E. 7

a) Conformément à 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 cette indemnité naît le troisième jour qui suit 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). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG) (al. 3). b) Par ailleurs, celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique mentale ou psychique a droit à une indem-

A/3693/2006 - 13/17 - nité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital; celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte et s'apprécie d'après les constatations médicales (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA).

E. 8

a) 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). b) 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 ; GY-GI, 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). c) En principe, le juge ne s'écarte 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 ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240

A/3693/2006 - 14/17 - consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). d) Dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, U 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3).

E. 9

En l'espèce, le rapport d'expertise judiciaire de la doctoresse U_____ a été établi sur la base d'une anamnèse complète. L'expert s'est référé aux nombreux rapports médicaux

établis ainsi qu'aux examens subis par l'assuré tels qu'IRM, radio- graphies, scanners et scintigraphies effectués entre janvier 2004 septembre 2008. Il a également pris en considération les données subjectives de l'assuré et effectué un examen personnel. Les réponses de l'expert sont suffisamment motivées. Au sur- plus, les réponses apportées par l'expert suite aux questions complémentaires po- sées à la demande des parties ont définitivement écarté certaines imprécisions. S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'avis de l'expert rejoint celui ex- primé dans les rapports du Dr M _____ des 17 novembre 2004, 19 août 2005 et 18 janvier 2006 et de la Dresse T _____ du 1er juin 2005, selon lesquels l'incapacité de travail du recourant dans son activité de cuisinier est de 50%. Seul le Dr P _____, dans son expertise du 1er octobre 2005, a exprimé des réticences

A/3693/2006 - 15/17 - quant à cette appréciation. Le Tribunal de céans a toutefois considéré que cette ex- pertise, en raison notamment du fait qu'elle contenait des contradictions et que ses conclusions n'étaient pas claires, ne pouvait pas se voir reconnaître pleine valeur probante. Il convient d'ailleurs de souligner que le Dr P _____ avait égale- ment, dans un premier temps fixé l'incapacité de travail de l'assuré à 50% ; or, selon l'expertise du 10 mars 2009, il apparaît que l'état de ce dernier s'est aggravé depuis lors. Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans reconnaît pleine valeur probante à l'expertise de la doctoresse U _____. Or, il résulte de cette expertise du 10 mars 2009 et de son complément du 21 août 2009 que l'intervention subie par l'assuré, en date du 18 novembre 2004 (excision de l'os trigone devenu symptomatique suite à l'hyperextension plantaire survenue lors de la chute) est en relation de causalité naturelle avec les deux accidents surve- nus en 2002. En effet, quand bien même cet os trigone constitue une maladie congénitale, c'est uniquement en raison de l'accident qu'il est devenu douloureux et handicapant. Qui plus est, l'intervention a été effectuée avec l'accord de l'intimée. De même en est-il de la lésion du nerf saphène lors de l'intervention. En effet, il ressort de la jurisprudence précitée que toutes les lésions causées lors d'un traite- ment, qu'elles soient dues à une erreur médicale, à une complication opératoire ou consécutives à un intervention, doivent être prises en charge par l'assureur-accident à condition toutefois qu'il y ait rapport de causalité naturelle et adéquat entre la lé- sion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Tel est le cas, en l'espèce. Or, la doctoresse a indiqué, dans son expertise du 10 mars 2009, que l'ablation de l'os trigone associé à l'allongement des muscles jumeaux selon Stayer a malheureusement occasionné une souffrance du nerf saphène externe, ce qui consti- tue une complication médicale, laquelle est susceptible de survenir lors de ce type d'intervention. Par conséquent, cette lésion est en lien de causalité naturelle et adé- quate avec l'intervention du 18 novembre 2004, laquelle est elle-même, comme mentionné supra, en lien de causalité avec les deux accidents survenus dans le cou- rant de l'année 2002; l'allégation de l'intimée selon laquelle, par définition, une complication opératoire n'est pas justifiée par un accident, tombe ici à faux. L'ex- pert a de plus indiqué que le statu quo sine vel ante n'était pas atteint, de sorte que le lien de causalité perdure toujours. Enfin, l'expert a expliqué de façon convain- cante pour quel motif l'état de santé de l'assuré ne s'était pas stabilisé. Il résulte de ce qui précède que, d'une part, l'intervention du 18 novembre 2004 consistant à exciser l'os trigone est en relation de causalité avec les accidents surve- nus dans le courant de l'année 2002 et que, d'autre part, la lésion du nerf saphène est en relation de causalité avec l'intervention du 18 novembre 2004.

A/3693/2006 - 16/17 -

E. 10

Dans son expertise du 10 mars 2009 et son complément du 26 août 2009, la Dresse U _____ a évalué la capacité de travail du recourant à 50% dans son activité de cuisinier et à 100% dans une activité adaptée et ceci, dès le 1er octobre 2005, même avec le port des chaussures orthopédiques, dont il a été indiqué qu'il n'avait pas apporté à l'assuré le soulagement escompté et provoquait, en contact avec les cicatrices, une gêne et des douleurs. A cet égard, l'intimée allègue, d'une part, que l'expert n'a pas examiné le recourant une nouvelle fois avant de se prononcer sur le port des chaussures orthopédiques et, d'autre part, que le recourant est en mesure de porter ses chaussures durant trois à quatre heures par jour, ce qui, en l'espèce, est suffisant dès lors que ce dernier exerçait son activité de cuisinier à raison de 50%, soit quatre heures par jour. L'assureur perd ici de vue que lesdites chaussures ne soulagent pas le recourant et qu'il ne saurait être exigé de lui qu'il les porte uniquement durant ses heures de travail et mette ainsi des chaussures inadaptées le reste de la journée. De plus, il n'est pas déterminant que l'expert se soit prononcé sur les conséquences du port des chaussures sans avoir vu le patient une nouvelle fois. En effet, dans son expertise du 10 mars 2009, l'expert avait déjà émis des réserves quant aux effets positifs des dites chaussures, lesquelles n'ont fait ainsi que se confirmer par la suite. De surcroît, on ne voit pas en quoi il pourrait être utile d'examiner un patient pour savoir s'il ressent des douleurs lors du port de telles chaussures. Par conséquent, le taux d'incapacité de travail de 50 % tel que retenu par la Dresse U _____ doit être retenu. De surcroît, comme il a déjà été mentionné, ce taux est identique à celui qu'avait retenu les Drs V _____ et T _____. Il en découle que des indemnités journalières devront être versées à raison de 50 % depuis le 1er octobre 2005. S'agissant enfin de l'atteinte à l'intégrité, l'expert a retenu un taux de 10% pour les troubles liés à l'entorse de l'articulation tibio-tarsienne et de l'instabilité sous astragalienne et de 5% pour la lésion du nerf saphène. Dès lors que le lien de causalité naturelle entre lesdites troubles et les accidents survenus durant l'année 2002 a été établi, ce taux de 15% sera également retenu. Il résulte de ce qui précède que les décisions et décisions sur opposition des 24 janvier et 10 juillet 2006 seront annulées dans le sens des considérants. L'intimée qui succombe sera condamnée au versement d'une indemnité à titre de dépens.

A/3693/2006 - 17/17 -

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