

GE_GERICHTE ATAS/169/2010 vom 22. Februar 2010

GE Cour de justice, 2010-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_169_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/169/2010 du 22 février 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/169/2010 del 22 febbraio 2010

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'article 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

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA supérieure à celle de 19 %, accordée depuis le 1er décembre 2008.

E. 4

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466, consid. 1 p. 467). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du

A/694/2009 - 14/18 - tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la

santé (ATF 119 V 341). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant 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). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo*

A/694/2009 - 15/18 - sine; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

E. 5

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPG; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a). L'autorité administrative ou le juge ne doivent 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 éd., 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

A/694/2009 - 16/18 - Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré.

E. 6

En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 29 juin 2009, l'intimée a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux déterminants permettant de douter du bien fondé de l'exigibilité médicale émise par les médecins de la CRR ou qui apporteraient la preuve d'une aggravation objective. Cette conclusion peut être suivie comme cela a également été jugé dans le cadre de la procédure AI par arrêt de ce jour, en tous les cas jusqu'en avril 2009. Le Tribunal constate en effet que l'expertise de la CRR du 12 juin 2008 répond aux exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, qu'elle comprend à cet égard non seulement un volet orthopédique mais aussi un consilium neurologique, un rapport de physiothérapie, une évaluation des capacités fonctionnelles et un consilium psychiatrique. En outre, aucun élément médical ne permet, jusqu'en avril 2009, de mettre en doute la conclusion de la CRR selon laquelle le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cependant, tel n'est plus le cas depuis mai 2009 dès lors qu'une aggravation a été attestée depuis cette date par la Dresse A_____ (rapport des 17 septembre et 2 décembre 2009 notamment sur la base d'une scintigraphie osseuse du 25 mai 2009 et arthrographie et arthro-IRM du 2 juillet 2009) et par le Dr F_____ (rapport du 28 août 2009) et confirmée par la Dresse N_____, qui n'est pas médecin-traitante du recourant mais médecin au du SMR le 7 janvier 2010, laquelle a mentionné que sur la plan médical, il était indéniable que l'assuré présentait une aggravation manifeste de son état de santé vraisemblablement depuis mai 2009, en mentionnant que la scintigraphie osseuse du 25 mai 2009 montrait une inflammation tellement intense qu'il avait été suspecté une infection, écartée par la suite. A cet égard, les considérations théoriques du Dr K_____ - lequel n'a ni examiné l'assuré, ni disposé de l'entier du dossier pour rendre son appréciation médicale et notamment pas de la scintigraphie osseuse du 25 mai 2009 - ne sont pas probantes pour écarter toute possibilité d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis mai 2009. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été

rendue, les faits survenus postérieurement devant fait l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366). Or, en l'espèce l'aggravation de l'état de santé du recourant est attestée par les Dresse A_____ et N_____ très probablement depuis mai 2009, soit à une

A/694/2009 - 17/18 - date antérieure à la décision sur opposition de l'intimée du 29 juin 2009. Il incombera en conséquence à l'intimé d'investiguer médicalement l'aggravation alléguée et de rendre ensuite une nouvelle décision sur le droit à la rente du recourant.

E. 7

Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

E. 8

Une indemnité de 2'000 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimée.

A/694/2009 - 18/18 -

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