

GE_GERICHTE ATAS/206/2016 vom 14. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_206_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/206/2016 du 14 mars 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/206/2016 del 14 marzo 2016

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 - 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

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

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 25 janvier 2013.

E. 5

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au

A/1564/2014 - 13/20 - corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3). L'assurance-accidents alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). L'assurance-accidents supporte ainsi les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 2.2).

E. 6

Il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle lorsque, sans l'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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: 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 si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 119 V 337 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 77/01 du 16 novembre 2001 consid. 2a).

E. 7

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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 3.2).

A/1564/2014 - 14/20 - 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

E. 8

Aux termes de 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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

E. 9

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a) ainsi que le traitement, la nourriture et le logement en salle commune dans un hôpital (let. c). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du Tribunal fédéral

8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1).

E. 10

En vertu de l'art. 13 al. 1 LAA, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires. Sont notamment pris en charge les frais résultant de traitements médicaux ou investigations prescrits par le médecin ou l'assureur-accidents. Ainsi, les frais de déplacement effectifs au moyen des transports publics pour se rendre à un contrôle médical ou à une séance de physiothérapie sont remboursés (Jean-Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Sécurité sociale, 3ème édition 2016, n. 208 p. 972).

E. 11

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur A/1564/2014 - 15/20 - les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) 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. À cet égard, il convient 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 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de

doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

A/1564/2014 - 16/20 -

E. 12

Le juge des assurances sociales 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

E. 13

Il convient en premier lieu de se pencher sur les différents rapports médicaux versés au dossier. S'agissant des rapports des médecins traitants, ils ne satisfont pas aux critères jurisprudentiels développés ci-dessus, dès lors qu'ils ne contiennent pas tous les éléments formels nécessaires. Quant à l'expertise de la Dresse G_____, elle appelle les commentaires suivants. Il faut tout d'abord examiner la portée des éléments biographiques relatés par cette spécialiste, que la recourante conteste. Bien que l'experte ait affirmé lors de son audition qu'elle avait uniquement rapporté les propos réellement tenus par la recourante, cette dernière a toujours contesté certaines des déclarations qui lui sont imputées, notamment qu'elle aurait régulièrement éprouvé des douleurs au poignet gauche avant son accident, et qu'elle aurait pratiqué des disciplines sportives sollicitant cette articulation. Aucun élément ne permet de mettre en doute ses dénégations. En effet, à l'exception de l'anamnèse de la Dresse G_____, il n'existe aucune pièce dans le dossier qui laisserait supposer que la recourante a intensément pratiqué le sport ou s'est plainte de douleurs au poignet de manière récurrente avant son accident. On ne se trouve ainsi pas dans la situation où un assuré revient sur ses déclarations initiales et donne une version contradictoire d'un fait, hypothèse dans laquelle, en vertu du principe de la déclaration de la première heure, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2). De plus, la Dresse G_____ n'a pas affirmé qu'elle aurait donné lecture de l'anamnèse à la recourante pour s'assurer qu'elle l'avait bien

retracée. On ne peut ainsi exclure une erreur de transcription ou un malentendu. Il faut en outre rappeler qu'un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire

A/1564/2014 - 17/20 - l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). Ce principe est applicable mutatis mutandis aux renseignements recueillis lors d'une expertise. Sur le fond, les conclusions de la Dresse G_____ sont pour le moins contradictoires, puisqu'elle a affirmé à la fois que la causalité ne pouvait être affirmée par l'examen clinique et les radiographies, avant de conclure à un lien de causalité, semblant se fonder sur l'indication chirurgicale retenue par le Dr F_____. De plus, l'experte a relativisé cette conclusion lors de son audition par la chambre de céans. Compte tenu du défaut de motivation et des contradictions relevées, on ne saurait reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise de la Dresse G_____. En outre, s'agissant de la capacité de travail, l'experte semble l'avoir exclue en raison essentiellement de la maladie de Südeck, alors qu'elle a précisé que ce diagnostic n'était pas certain et devrait être confirmé. Il semblerait d'ailleurs que la recourante n'ait pas présenté une telle atteinte, si l'on se fie à la scintigraphie. Cet examen ne l'exclut toutefois pas formellement, et a été réalisé près de six mois après l'examen de l'experte, de sorte qu'on ne peut catégoriquement nier sa survenance et son éventuelle incidence sur la capacité de travail de la recourante. Au vu de ce qui précède, on ne peut reconnaître de valeur probante à l'expertise de la Dresse G_____. Quant aux rapports des Drs H_____ et J_____, ils ne correspondent pas non plus aux réquisits dégagés par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître valeur probante au plan formel. Sur le fond, dans son avis du 11 novembre 2013, le Dr H_____ s'écarte des conclusions de l'experte en procédant à une lecture pour le moins tronquée des conclusions de cette dernière sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de la recourante et ses troubles au poignet. Il semble par ailleurs fonder sa position essentiellement sur un état antérieur, dont l'existence est selon lui démontrée par la pratique sportive de la recourante et les douleurs préalables à l'accident. Or, comme on l'a vu, ces éléments ne peuvent être considérés comme établis au degré de la vraisemblance prépondérante si bien que les conclusions du Dr H_____ sont sujettes à caution pour ce motif déjà. En outre, le fait que l'éventuelle incapacité de travail soit due à une maladie de Südeck apparue dans les suites de l'intervention ne suffit pas à nier l'existence d'un lien de causalité, si l'indication à l'opération est une lésion elle-même consécutive à l'accident. Le Dr H_____ ne se prononce cependant pas clairement sur le point de savoir si l'accident est à l'origine de la lésion ligamentaire révélée à l'arthro-IRM, laquelle a justifié l'opération pratiquée par le Dr F_____ en juillet 2013. Enfin, en l'absence d'autres explications ou éléments probants, la durée de guérison statistique moyenne des entorses du poignet ne suffit pas à exclure un lien de causalité entre l'accident et les troubles postérieurs au 25 janvier 2013. Le rapport du 5 décembre 2013 du Dr H_____ ne pallie pas les carences de son premier avis, puisque le médecin-conseil y affirme, sans motiver cette assertion, que l'accident

A/1564/2014 - 18/20 - du 25 octobre 2012 n'a pas causé de séquelle objectivable, alors que le caractère traumatique de la lésion ligamentaire d'allure fissuraire n'est à ce stade pas exclu. Le rapport du 22 avril 2014 du second médecin-conseil de l'intimée n'est pas non plus probant. En premier lieu, parmi les diagnostics retenus par le Dr J_____, le status

après syndrome douloureux du poignet gauche ne ressort d'aucun autre rapport médical et ne peut être admis uniquement sur la base de l'historique médical rapporté par l'experte. Ce médecin a du reste concédé que la lésion fissuraire pouvait résulter d'une entorse du poignet. Il a cependant préféré l'attribuer aux prétendues surcharges répétitives, alors que ces éléments anamnestiques ne sont pas avérés. Enfin, le Dr J_____ affirme que la Dresse G_____ aurait statué en raisonnant selon le principe en vertu duquel le doute doit profiter à l'accusé (sic). Or, rien de tel ne ressort du rapport de sa consœur, dont la position se fondait sur l'avis du Dr F_____. De plus, le Dr K_____ ne motive guère ses conclusions. Enfin, l'argument consistant à écarter l'opinion du Dr F_____ au motif que ce dernier n'aurait pas précisé que les fissures ligamentaires du TFCC sont souvent de nature dégénérative ne suffit à l'évidence pas à admettre que tel est également le cas en l'espèce.

E. 14

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des renseignements nécessaires pour statuer. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, vu les carences du rapport de la Dresse G_____ - que l'intimée semble d'ailleurs implicitement reconnaître puisqu'elle s'en est écartée - force est de constater que cette dernière n'a pas instruit les conditions du droit aux prestations de manière conforme au droit. Il y a ainsi lieu de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire sous forme d'expertise, laquelle devra déterminer quelles atteintes sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 25 octobre 2012 et leur incidence sur la capacité de travail, avant de rendre une nouvelle décision. Dans ce contexte, il appartiendra également à l'intimée d'instruire et de statuer sur les conclusions de la recourante tendant à la prise en charge de ses frais de transport.

E. 15

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

A/1564/2014 - 19/20 - Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1564/2014 - 20/20 - 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.