

# **GE\_GERICHTE ATAS/219/2014 vom 18. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_219\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_219_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/219/2014 du 18 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/219/2014 del 18 febbraio 2013

## **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.

### **E. 3**

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 modification 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. 4**

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. 5**

Le litige porte sur le droit de la SUVA de mettre un terme à ses prestations, en particulier le versement des indemnités journalières.

### **E. 6**

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

A/3816/2013 - 7/10 - 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). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la

vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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. 7**

En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée - soit dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme - ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2, 2<sup>ème</sup> phrase et 19 al. 2 LAA).

#### **E. 8**

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'instruction 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 158 consid. 1b; ATF non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en

A/3816/2013 - 8/10 - procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

## **E. 9**

En l'espèce, les rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA sont fondés sur l'intégralité du dossier et tiennent compte des plaintes du patient, ainsi que des constatations objectives faites. Leurs conclusions sont claires et bien motivées de sorte que ces rapports peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante. Au demeurant, aucun rapport médical ne vient contredire les conclusions des médecins d'arrondissement, qui se sont précisément fondés sur les avis des médecins-traitants de l'assuré aux HUG, spécialistes en chirurgie orthopédique. Ceux-ci confirment que la fracture – relativement bénigne – de la malléole interne de la cheville droite a été correctement traitée par ostéosynthèse en juin 2012. Du point de vue radiologique, la situation a été jugée satisfaisante 4 mois après l'accident, avec une consolidation de la fracture et un bon positionnement des implants. Au surplus, la plaie était propre, il n'y avait aucun signe inflammatoire et la mobilisation de la cheville était quasiment complète. Ainsi, du point de vue objectif, l'état de santé de l'assuré était stabilisé et il était pleinement capable de travailler dans son activité dès le 1er décembre 2012. Si, par la suite, les médecins des HUG ont continué à prescrire des arrêts de travail, c'est uniquement sur la base des plaintes subjectives de l'assuré. Or, les médecins n'ont pas trouvé de signe en faveur d'une algoneurodystrophie. Les sensations douloureuses n'étaient pas reproductibles, en ce sens que l'on ne retrouvait pas de point douloureux régulier à la palpation. Ainsi, l'ensemble des spécialistes des HUG ont conclu qu'il n'y avait pas d'explication médicalement objectivée aux symptômes présentés par l'assuré. A noter également que celui-ci a confirmé, fin novembre 2012 déjà, qu'il ne prenait plus de médicament contre la douleur. Ainsi, sur la base de l'ensemble des rapports médicaux au dossier, il a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne présentait plus de troubles objectivés en lien de causalité avec l'accident du 20 juin 2012 et qu'il était A/3816/2013 - 9/10 - pleinement capable de travailler dès le 1er décembre 2012, a fortiori dès le 1er juillet 2013, la SUVA ayant finalement mis un terme à ces prestations dès cette date, en raison du temps écoulé entre la décision et la décision sur opposition.

## **E. 10**

Mal fondé, le recours est rejeté. Au surplus, la procédure est gratuite.

A/3816/2013 - 10/10 - 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.