

# **GE\_GERICHTE ATAS/324/2013 vom 9. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_324\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_324_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/324/2013 du 9 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/324/2013 del 9 aprile 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; RSG 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**

Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). 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 345 consid. 3).

### **E. 3**

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

A/2375/2012 - 10/14 -

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des indemnités journalières à partir du 1er mars 2012. La SUVA n'ayant pas formellement statué sur l'éventuel degré d'invalidité de l'assuré à cette date et sur le droit à la rente, ce point ne fait en revanche pas l'objet du litige. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées).

### **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 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 (ATF non publié 8C\_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3).

#### **E. 6**

octobre 2000, consid. 4). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

#### **E. 7**

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, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 118 V 286 consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne

A/2375/2012 - 12/14 - contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). En ce qui concerne les 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

## **E. 8**

En l'espèce, le rapport des médecins de la CRR correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Il a en effet été établi en pleine connaissance du dossier médical, contient une anamnèse complète, repose sur des status cliniques détaillés, complétés par un consilium psychiatrique, des examens radiologiques ainsi que des évaluations en atelier professionnel et par le physiothérapeute. Les diagnostics posés par les Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ sont en outre clairs et précis et leurs conclusions sont motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport et de se rallier aux constatations

A/2375/2012 - 13/14 - des médecins de la CRR, qui ne font état d'aucun traitement ou mesure médicale qui permettrait d'améliorer l'état de l'assuré. Il n'existe d'ailleurs aucun élément médical permettant de remettre en cause les conclusions des Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_. Le Dr L\_\_\_\_\_ a certes attesté d'une capacité de travail nulle pour une durée indéterminée dans ses certificats du 6 décembre 2011 et du 6 janvier 2012 ; ces certificats ne sont toutefois nullement motivés, il ne fait état d'aucune thérapie et ne mentionne aucun diagnostic nouveau. Dès lors, ces documents ne suffisent manifestement pas à remettre en cause les conclusions des médecins de la CRR. Quant au Dr A\_\_\_\_\_, il semble rejoindre l'appréciation des Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ puisqu'il a souligné l'absence de pathologie objectivable et la présence d'une hyperpathie dans son premier rapport, et qu'il a confirmé dans son rapport du 10 décembre 2012 que les examens radiologiques n'avaient pas permis de déterminer la cause des douleurs de l'assuré. Or, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA non publié I 131/07 du 17 décembre 2007, consid. 3.1). Enfin, le Dr A\_\_\_\_\_, à l'instar des médecins de la CRR et de la Dresse N\_\_\_\_\_, ne préconise aucune mesure médicale ni traitement qui serait susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré. On soulignera pour le surplus que l'assuré ne produit aucun rapport attestant qu'il suit un traitement médical. Il ne s'est d'ailleurs pas

représenté chez le Dr A \_\_\_\_\_ après les examens radiologiques diligentés par ce dernier. Compte tenu de ces éléments, il y a lieu d'admettre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 1er mars 2012 et qu'il n'existait à cette date aucun traitement susceptible de l'améliorer, ce qui suffit à sceller le sort du droit aux indemnités journalières comme cela ressort des dispositions légales et de la jurisprudence citée. Partant, c'est à bon droit que la SUVA a mis un terme à la prise en charge des indemnités journalières et des soins médicaux à cette date.

**E. 9**

Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assuré, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2375/2012 - 14/14 - 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.