

GE_GERICHTE ATAS/325/2011 vom 24. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_325_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/325/2011 du 24 mars 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/325/2011 del 24 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). La LGPA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1; ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b, ATF 112 V 359 consid. 4a). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 2

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. 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 lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3).

A/2207/2009 - 18/26 - De façon générale, le droit au versement des prestations de l'assurance-accidents suppose, 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, 122V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. La condition du lien de causalité naturelle 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. 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 dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406). Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

E. 3

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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. 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants 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).

A/2207/2009 - 19/26 - Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En outre, lorsque, 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). Enfin, 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 (ibid. consid. 3b/bb et cc). 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.

E. 4

En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine

A/2207/2009 - 20/26 - d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigée de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré qui s'abstient d'utiliser sa capacité résiduelle, alors qu'il a l'obligation d'entreprendre tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui pour atténuer le plus possible les effets de l'atteinte à sa santé, est jugé sur l'activité professionnelle qu'il pourrait avoir s'il mettait de la bonne volonté. (ATF 115 V 133 ; RAMA 1987 p. 394) Selon un principe constant du droit des assurances sociales, il incombe à l'assuré d'entreprendre tout ce qu'on peut attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son accident (ATF 117 V 400 ; ATF 115 V 133 ; RAMA 1996, p.37). Selon l'art. 43 al. 2 LPGA, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, « les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigée de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui être adressée. » L'art. 61 OLAA qui concrétise et précise, pour ce qui est de l'assurance-accidents, les conséquences d'un refus de l'assuré stipule que « si l'assuré se soustrait à un traitement ou à une mesure de réadaptation auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, il n'a droit qu'aux prestations qui auraient probablement dû être allouées si ladite mesure avait produit le résultat escompté. » Dans un arrêt du 25 février 2008, le Tribunal fédéral a précisé « L'art. 21 al. 4 LPGA vise un état de fait qui naît postérieurement à la survenance de l'accident et qui s'inscrit donc dans l'obligation générale qui incombe à l'assuré de réduire le dommage (voir Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, n 54 ad art. 21, p. 225). En matière d'assurance-accidents, il se conjugue avec l'art. 48 al. 1 LAA, selon lequel l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. Il s'applique donc avant tout au refus de se soumettre à un traitement médical (ou

A/2207/2009 - 21/26 - mesure diagnostique) car l'assureur-accidents n'alloue pas de prestations sous la forme de réadaptation professionnelle. » (8C_356/2007).

E. 5

En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si le recourant avait recouvré sa pleine capacité de travail dès le 1er février 2008 ou s'il était justifié qu'il subsiste en arrêt de travail à 50% dès cette date et jusqu'à l'intervention du 24 février 2009. a) Sont à disposition pour traiter de la question litigieuse précitée, deux avis médicaux, celui du Dr. B _____, médecin spécialiste en orthopédie, consulté en tant qu'expert sur demande de SWICA, en décembre 2007, et celui du Dr. A _____, médecin spécialiste en orthopédie, ayant suivi le recourant du mois d'août 2007 au mois de mars 2007. Le Dr. C _____ qui a effectué l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail pour la période en question, confirmant seulement que son service n'avait pas délivré de certificat médical attestant d'une incapacité de travail avant l'intervention du 24 février 2009. Contrairement à ce que soutient le recourant, ce médecin n'a pas justifié d'une incapacité de travail à 100% jusqu'à l'intervention mais a mentionné une capacité de travail à 100% à 15 jours de l'opération, dans le questionnaire du 15 avril 2008 complété à la demande de SWICA. Au surplus, la mise en arrêt de travail à 100% postopératoire était justifiée par divers symptômes présentés par le recourant, lesquels n'ont pas de lien de causalité directe avec l'accident du 21 juillet 2007. Elle n'est pas pertinente pour juger de la question litigieuse qui concerne uniquement les douleurs présentées par le recourant et qui avaient pour origine la présence du matériel d'ostéosynthèse dans son articulation. Il en est de même du rapport du 18 mars 2009 du Dr E _____. b) Le recourant met en doute l'expertise effectuée par le Dr. B _____, sollicitant qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Il y a lieu de constater que l'examen pratiqué par ce médecin, aussi bien que les conditions dans lesquelles a été rédigé son rapport du 19 décembre 2007, n'ont pas été remis en question avec succès durant l'instruction de la cause. L'expert a pratiqué un examen médical qui apparaît avoir été fait dans les règles de l'art, même si le recourant semble indiquer qu'il aurait dû durer plus qu'une heure et que le médecin avait un parti pris à son encontre. Les constatations médicales ressortant du rapport du Dr. B _____ n'ont pas été contestées par les autres médecins consultés, au contraire.

A/2207/2009 - 22/26 -

Le recourant soutient que l'avis de l'expert au sujet du passage de l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 7 janvier 2008, puis à 50% dès le 1er février 2008, doit être écarté, dans la mesure où il n'est pas motivé.

La seule différence existant entre les avis de ces deux médecins réside dans l'appréciation qu'ils ont effectuée s'agissant de l'importance des douleurs présentées en raison des broches de Kirchner dans le genou du recourant, justifiant ou non l'arrêt de travail à 50% qui a perduré jusqu'à l'ablation. Au vu de ce qui précède, il ne se justifie pas qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Une telle expertise ne paraît pas même possible depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, dans la mesure où l'arrêt de travail n'a été justifié qu'en lien avec les douleurs et gênes qu'il procurait pour ce qui concerne des prestations LAA. Au surplus, les constatations des trois médecins consultés, lesquels sont venus les confirmer et préciser en audience, sont suffisants pour trancher de la question litigieuse. c) En résumé, les trois médecins ont constaté avant l'ablation du matériel, que malgré la bonne consolidation de la fracture, persistait un déficit de flexion, des douleurs en relation avec la protusion du matériel d'ostéosynthèse et des lâchages dus à l'atrophie musculaire. Les radiographies de contrôle démontraient une bonne consolidation de la fracture mais une

proéminence nette des broches de Kirchner, aussi bien proximale que distale, lesquelles venaient clairement interférer/irriter le tendon rotulien et le tendon quadriceps. Selon le Dr. B _____, le matériel était également douloureux au pôle inférieur de la rotule à l'effort et il était certain que la présence du matériel d'ostéosynthèse entraînait quelques douleurs à l'effort et gênait la flexion complète du genou, de sorte que les plaintes subjectives du patient pouvaient être objectivées. Sans que l'état du cartilage ait été vérifié, l'examen clinique ne démontrait pas de douleur rétro-rotulienne à proprement parler mais il a été reconnu par l'expert et le Dr C _____ que ce genre de fracture a un potentiel d'arthrose certain. L'expert a cependant conclu que dans la mesure où il n'y avait pas de crépitation intra articulaire évoquant des lésions cartilagineuses et où la réduction de la fracture était anatomique, les plaintes du patient étaient disproportionnées. Se référant en outre à rapport d'un entretien téléphonique qui avait eu lieu entre le patient et SWICA le 8 novembre 2007, il a considéré qu'on notait une très nette amélioration par rapport à l'évaluation subjective du patient à cette date-là. Dès

A/2207/2009 - 23/26 - lors, il a conclu à une pleine capacité de travail après trois semaines de réadaptation au mouvement. Pour le Dr. A _____, l'incapacité de travail était motivée par le fait que le patient exerçait un métier difficile avec port de charges, montées et descentes d'escaliers, ce qui pouvait être douloureux. L'arrêt de travail de 100% était donc préconisé dans le métier professé. Par contre, une reprise dans une activité plus légère, sans port de charges et sans montées ou descentes d'escaliers était tout à fait envisageable. Au vu de ce qui précède, il paraît difficilement concevable que seule une adaptation aux mouvements nécessités par son travail de livreur-auxiliaire de gastronomie ait pu en trois semaines, faire passer le recourant d'une capacité de travail de 50 % à une pleine capacité de travail. Les trois médecins ont considérés les douleurs comme objectivées. L'absence d'arthrose constatée n'a pas empêché cette constatation. La différence de contenu des plaintes transmises à SWICA par le patient entre le mois de novembre 2007 et celles qu'il a communiquées un mois plus tard à l'expert n'est pas déterminante s'agissant d'estimer sa capacité de travail. En effet, la note d'entretien téléphonique à laquelle l'expert s'est référé fait état de douleurs à l'effort, lesquelles ont été objectivées par l'expert et les autres médecins. Si on peut considérer que le Dr. A _____ a pu être influencé par la relation de proximité qu'il entretenait avec son patient, il n'en demeure pas moins qu'il l'a vu à de réitérées reprises sur une longue période et a ainsi pu, au contraire de l'expert, se faire une idée plus précise des douleurs en question et de leur impact sur la capacité de travail de son patient. Ce médecin a en outre su faire la part des choses entre la globalité des plaintes du recourant et la capacité de travail de 50% qui lui semblait justifiée au regard des douleurs objectivées. Enfin, en relation avec le fait que le service du Dr C _____ n'ait pas ordonné d'arrêt de travail avant l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, rien au dossier n'indique qu'un certificat médical attestant d'une incapacité de travail n'ait été requis de la part du service compétent des HUG, puisque le recourant en disposait déjà de la part de son médecin traitant. En tous les cas, ce médecin n'a pas manifesté d'étonnement quant à l'incapacité certifiée par le médecin traitant. Partant, l'incapacité de travail de 50% du 1er février 2008 jusqu'à l'ablation du matériel doit être admise.

A/2207/2009 - 24/26 - d) Reste encore à déterminer si le recourant a failli à son obligation de diminuer le dommage, en ne faisant pas valoir les possibilités de prise en charge de l'ablation du matériel par son médecin traitant, sur la base de la convention évoquée par l'intimée dans ses dernières écritures. Certes le recourant devait-il tout entreprendre pour

diminuer l'atteinte à sa santé et pour recouvrer sa pleine capacité de travail le plus vite possible. Ce dernier s'est inscrit au chômage et a perçu des indemnités LACI dès le 7 janvier 2008 et jusqu'au 12 novembre 2008, lorsqu'il a été déclaré inapte par l'Office cantonal de l'emploi. Le Dr. C _____ a confirmé que le recourant avait été reçu pour la première fois dans son service en vue de subir l'intervention nécessaire au mois de mars 2008 déjà et que c'était pour des raisons qui avaient trait aux HUG que l'opération n'avait pu intervenir qu'en février 2009. Si des rendez-vous avaient été manqués par le recourant, il en aurait fait état lors des enquêtes. En application de la jurisprudence rendue en matière d'obligation de diminuer le dommage et de se soumettre aux examens médicaux et autres mesures préconisées par l'assurance, le recourant est sans reproche. Il n'a en effet pas été réticent à subir l'intervention nécessaire et avoir été à l'origine de la tardiveté de l'opération. Force est surtout de constater que l'intimée se prévaut de la convention en question que dans ses dernières écritures, sans établir le moins du monde avoir averti le recourant, totalement profane en la matière, durant la procédure administrative ou par la suite. Elle n'a pas non plus interpellé à ce sujet le Dr. A _____ qui était cependant le plus concerné par les démarches à effectuer, alors même que ce dernier lui avait fait part de l'information donnée à son patient, visant la prise en charge de l'intervention aux HUG pour des raisons de couverture d'assurance. Pourtant, des échanges téléphoniques ont eu lieu entre le médecin précité et l'intimée, de même qu'entre les parties, au sujet de la prise en charge financière de l'intervention. Dans ces conditions, alors que ni l'assurance, ni ses médecins ne l'en avaient averti, le recourant ne peut être incriminé pour n'avoir pas effectué de démarches au sujet de la prise en charge de l'opération par son médecin traitant de manière plus précoce, au moyen de l'application de la convention en question. Les indemnités journalières LAA sollicitées par le recourant lui seront ainsi accordées pour la période du 1er février 2008 au 23 février 2009, à savoir à 50%.

A/2207/2009 - 25/26 -

E. 6

Le recourant, qui est assistée et obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

E. 7

Au surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

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.