

GE_GERICHTE ATAS/346/2016 vom 2. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_346_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/346/2016 du 2 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/346/2016 del 2 maggio 2016

Erwägungen

E. 33

La recourante a demandé à la chambre des assurances sociales, le 9 décembre 2015, d'écarter le courrier de l'intimée du 27 novembre 2015 estimant que la SUVA agissait de façon contraire au principe de la bonne foi en demandant des questions complémentaires et en reportant ainsi le moment où elle pourrait recevoir les prestations qui lui étaient dues. L'expertise judiciaire était claire, détaillée convaincante. Ce n'était pas l'avis d'un médecin employé par la SUVA qui pouvait la remettre en cause.

E. 34

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 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. 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). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 4. Le litige porte sur la question de savoir si les prestations de l'assurance-accidents étaient encore dues par l'intimée dès le 4 novembre 2013, et en particulier, s'il y a un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, subi par la recourante le 6 septembre 2013, et son atteinte à la santé dès le 4 novembre 2013. 5. a. 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause

A/1616/2014 - 12/18 - extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Le droit à des

prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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. 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) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (Arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 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 plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (Arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). b. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps

A/1616/2014 - 13/18 - prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a 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 et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). c. 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 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 6. a. 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

A/1616/2014 - 14/18 - l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 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. 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. A cet égard, 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 351 consid. 3). 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, 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). 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, ni 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

A/1616/2014 - 15/18 - 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). 7. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a). 8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d). 9. a. En l'espèce, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie de l'appareil locomoteur, en chirurgie arthroscopique ainsi qu'en médecine du sport et de l'activité physique, a rendu son rapport d'expertise en se fondant sur le dossier médical complet de l'assurée et après avoir reçu cette dernière à trois reprises en consultation. Il a effectué des recherches dans la littérature médicale et a pris contact avec les Drs J_____, radiologue, et E_____, neurologue. Son rapport contient une anamnèse et des constats objectifs fondés sur l'examen clinique de l'expertisée. Il a précisé que les examens paracliniques n'étaient pas contributifs dans le cas d'espèce et a répondu de façon détaillée aux questions posées, justifiant ses conclusions par rapport à celles contraires d'autres praticiens. Ses conclusions sont claires et ne contiennent pas d'indice faisant douter de leur pertinence. Une pleine force probante doit ainsi être reconnue à l'expertise. b. L'intimée a fait valoir que selon l'appréciation neurologique du Dr M_____, il n'existait en réalité pas d'indication confirmant, directement ou indirectement, une lésion du nerf tibial, en dehors des plaintes (subjectives) de l'assurée. Cet avis médical ne remet pas sérieusement en cause les conclusions de l'expert, dès lors que ce dernier a précisé de manière complète et convaincante que dans le cas d'espèce, les critères diagnostics étaient principalement donnés par la clinique et pas par l'imagerie et qu'il était admis que l'atteinte d'un nerf créait une douleur

A/1616/2014 - 16/18 - importante qui n'était souvent pas en corrélation avec ce que l'imagerie pouvait illustrer. L'expert a encore indiqué que le CT/SCAN demandé en

novembre 2013 n'était pas l'examen de choix pour la recherche d'une pathologie des tissus mous, qu'un examen IRM aurait été plus probablement pertinent dès mi-septembre et que la capacité d'une IRM effectuée fin février 2014, soit six mois après l'accident, de montrer des signes directs ou indirects de pathologie aiguë post-traumatique était très réduite. c. L'intimé a relevé qu'il n'était pas anodin de relever qu'aucun expert ne faisait mention de séquelles post-traumatiques. A cet égard, il convient de rappeler qu'un seul expert a été mandaté dans la présente procédure et qu'il s'agit du Dr L_____, les médecins qui ont établi les autres rapports médicaux figurant au dossier ne peuvent être qualifiés d'experts. d. L'intimée soutient que les différentes investigations médicales, en particulier l'imagerie, n'avaient pas permis d'objectiver plus que des signes d'arthrose active cunéo-métatarsien intermédiaire du pied droit. Un syndrome du tunnel tarsien droit n'avait pas été établi avec le degré nécessaire de la vraisemblance prépondérante. Si l'on doit admettre que le diagnostic retenu par l'expert n'est pas établi par l'imagerie, il n'en reste pas moins que ce diagnostic est suffisamment établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, par les constatations cliniques faites par l'expert. e. Il n'y a pas lieu de demander à l'expert des explications complémentaires relatives à sa conclusion d'un syndrome du tunnel tarsien, étant précisé que l'expert n'a pas mentionné ce syndrome dans son diagnostic, au vu de la clarté des explications qu'il a données sur la façon dont il avait posé son diagnostic. f. Il ne se justifie pas non plus de demander à l'expert de préciser le mécanisme exact par lequel la torsion de la cheville de l'assurée a pu causer une lésion du nerf tibial postérieur, dès lors qu'il a déjà indiqué dans son rapport que l'atteinte s'était produite par un mécanisme de compression de la partie arrière du pied quand il s'était trouvé pris en étau, coincé, entre les dalles le 6 septembre 2013. g. L'intimé souhaite encore que l'expert explique les raisons pour lesquelles les douleurs de l'assurée étaient actuellement plus intenses sur le côté extérieur du pied, territoire sensitif non pas du nerf plantaire mais du nerf sural. L'intimé semble ainsi mettre en doute les conclusions de l'expert, sans indiquer clairement en quoi elles ne seraient pas convaincantes. Cette question ne justifie pas un complément de l'expertise, dont la valeur probante n'apparaît pas sérieusement contestable. h. Enfin, l'intimée souhaite que l'expert explique concrètement les raisons pour lesquelles l'arthrose active, la fasciite plantaire, voire l'éperon plantaire ne contribuaient pas à la symptomatologie actuelle.

A/1616/2014 - 17/18 - L'expert a donné des explications détaillées à ce sujet, en indiquant que le SPECT/CT du 11 février 2014 relevait des signes d'arthrose du pied droit et qu'il avait sollicité l'avis du Dr K_____ dans le cadre de son examen. Il avait finalement constaté sur les images, qui figurent en page 7 de l'expertise, que l'atteinte ne correspondait pas avec le site douloureux cliniquement. Ces explications répondent à la question de l'intimée. i. Au vu des considérations qui précèdent, la chambre de céans se fondera sur le rapport d'expertise du 19 octobre 2015 et ne donnera pas suite à la demande de complément formée par l'intimée. j. Il en résulte qu'il est établi avec le degré de vraisemblance requis par la jurisprudence que l'atteinte à la santé de la recourante dès le 4 novembre 2013 était encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 septembre 2013. k. Au vu des conclusions de l'expertise, l'atteinte à la santé de la recourante dès le 4 novembre 2013, est entièrement due aux conséquences de l'accident et pas à l'arthropathie dégénérative dont elle souffre qui n'est pas symptomatique, de sorte que l'on ne se trouve pas dans un cas d'application de l'art. 36 al. 1 LAA, qui traite des cas dans lesquels l'atteinte est partiellement due aux conséquences d'un accident. 10. Au vu des considérations qui précèdent, l'intimée ne pouvait refuser à la recourante les prestations de

l'assurance-accidents à la suite de sa nouvelle incapacité de travail dès le 4 novembre 2013, en application de l'art. 6 al. 1 LAA. 11. Le recours sera donc admis, la décision de l'intimée du 2 mai 2014 annulée et il sera dit que l'intimée doit prendre en charge des prestations dues à la recourante au-delà du 4 novembre 2013. 12. La recourante, qui est représentée et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens qui sera fixée à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPG; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/1616/2014 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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