

## **GE\_GERICHTE ATAS/364/2005 vom 3. Mai 2005**

GE Cour de justice, 2005-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_364\\_2005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_364_2005)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/364/2005 du 3 mai 2005

IT: GE\_GERICHTE ATAS/364/2005 del 3 maggio 2005

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

#### **E. 2**

Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue, en instance unique, sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 notamment (ci-après LAA ; art. 56V al. 1 lettre a LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 3**

La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1er LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 16 mai 2002, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).

A/1611/2003 - 7/13 -

#### **E. 4**

En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA précise cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable.

#### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de la SUVA. Il s'agit, singulièrement, de déterminer si c'est à juste titre que la SUVA a mis fin aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au 31 janvier 2003.

## E. 6

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. Par ailleurs, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, certaines lésions corporelles, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il en va ainsi notamment des déchirures de muscles, des déchirures de tendons et des lésions de ligaments (art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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. 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 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références).

A/1611/2003 - 8/13 - La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 123 III 110 consid. 3a p. 112; 122 V 415 consid. 2a p. 416; 121 V 45 consid. 3a p. 49; 119 V 401 consid. 4a p. 406 et les références). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). En relation avec les prestations dont le recourant prétend au versement (prestations pour soins, remboursement de frais et indemnités journalières), il convient d'ajouter qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, ces dernières ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident assuré. En effet, la

jurisprudence a souligné à cet égard (ATFA non publié du 9 juillet 2002 en la cause U 157/01) que 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 (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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

A/1611/2003 - 9/13 - 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b, ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). 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 enfin que 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 352 consid. 3 a, 122 V 160 consid. 1c et les références). De jurisprudence constante, lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la SUVA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209). Le juge peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 d'un 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

## E. 7

En l'espèce, le fait que le recourant a subi un accident le 16 mai 2002 est admis par les parties. Se pose la question de savoir si les troubles dont il a souffert au-delà du 31 janvier 2003 sont toujours dans un rapport de causalité avec cet événement. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr O \_\_\_\_\_, s'est prononcé à deux reprises sur le dossier après avoir procédé à deux examens complets et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Il est parvenu à la conclusion qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail à retenir qui soit due à l'accident du 16 mai 2002. Un diagnostic de goutte polyarticulaire touchant principalement le membre

A/1611/2003 - 10/13 - supérieur droit avait été posé par la Clinique de réadaptation, dans laquelle l'assuré avait passé un mois sur proposition du Dr O \_\_\_\_\_. Ce diagnostic correspondait à une maladie sans rapport avec l'accident, mais entraînait une incapacité de travail. S'agissant des troubles résiduels au niveau de la face et de la mandibule, ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, mais justifiaient encore une prise en charge de contrôles espacés par la SUVA. Pour parvenir à ces conclusions, le Dr O \_\_\_\_\_ avait en ses mains les rapports des médecins ayant examiné l'assuré avant lui, dont ceux de la Clinique de réadaptation. Il s'est appuyé sur l'entier du dossier, de sorte qu'on ne peut que constater que ses rapports se basent sur un dossier bien étayé. Son appréciation prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Tant la description du contexte médical que son appréciation sont claires et ses conclusions sont motivées. Dans la mesure où la SUVA n'était pas partie à la procédure au moment où ce rapport a été rendu et qu'il remplit les conditions jurisprudentielles, il doit se voir reconnaître pleine force probante. Dans le cadre de la procédure, le Dr U \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en médecine des assurances, s'est également prononcé sur le dossier de manière extrêmement complète à deux reprises. Dans son premier rapport du 23 septembre 2003, il a commencé par rappeler l'anamnèse de l'assuré en détail et a examiné de manière approfondie tous les certificats médicaux des médecins s'étant prononcés sur le cas. Ensuite, il s'est appuyé sur la doctrine médicale topique pour expliquer ses conclusions, qui rejoignaient celles du Dr O \_\_\_\_\_ et qu'il a confirmées en tant que besoin. La diminution douloureuse des amplitudes articulaires du membre supérieur droit s'inscrivait vraisemblablement dans le cadre d'une évolution vers la chronicité d'une goutte polyarticulaire, entretenue en partie du fait qu'un des facteurs déclenchant ces crises, à savoir l'alcoolisme, n'avait pas pu être éradiqué. Par contre, des sinusites maxillaires pourraient encore apparaître, puisqu'il arrivait qu'elles se manifestent jusqu'à trois ans après l'accident. Ces épisodes devraient dans un tel cas être traités médicalement et cela à la charge de la SUVA. Cela n'influçait toutefois pas la capacité de travail et ne justifiait pas non plus le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Tout comme celui du Dr O \_\_\_\_\_, ce rapport remplit les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître pleine force probante. Bien que le Dr U \_\_\_\_\_ n'ait pas personnellement examiné l'assuré, son rapport est même plus complet et ses conclusions mieux motivées. Dans la mesure où il confirme celui du Dr O \_\_\_\_\_, il en constitue un complément véritablement décisif. S'agissant du rapport du Dr T \_\_\_\_\_, sur lequel se base principalement le recourant pour justifier ses conclusions, on ne peut que constater qu'il est bien moins précis tant en ce qui concerne l'analyse du contexte médical qu'en ce qui concerne la justification des conclusions du médecin. En particulier, il ne tient pas

A/1611/2003 - 11/13 - du tout compte des conclusions des spécialistes de la Clinique de réadaptation, dans laquelle l'assuré a séjourné plus de trois semaines, et qui permettent d'expliquer pour quelle raison celui-ci souffre de certaines articulations. Pour le surplus, elles ne sont pas motivées. Pour ces raisons, le rapport du Dr T \_\_\_\_\_ ne saurait remettre en doute les conclusions des Dr O \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_ de la SUVA. A ce sujet, il y a lieu de mentionner que les certificats médicaux de la Dresse N \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment probants pour se prononcer sur la question qui se pose dans le cadre de la présente procédure. Ils sont en effet succincts et ne tiennent jamais compte du contexte médical dans son ensemble. Aucune explication n'est donnée entre le lien de causalité qui pourrait exister entre les problèmes dont se plaint l'assuré et l'événement accidentel du 16 mai 2002. L'appréciation de ce médecin devra donc également être écartée. S'agissant du deuxième rapport du Dr U \_\_\_\_\_ du 17 mars 2005, suite à l'hospitalisation du recourant en raison d'un état de mal épileptique, il explique de manière convaincante pour quelle raison l'assureur-accidents ne saurait entrer en matière pour admettre une origine traumatique aux troubles épileptiques dont a souffert l'assuré. Le rapport de causalité entre l'accident et l'état de mal épileptique n'apparaît que comme possible, et les médecins du Secteur de Neurorééducation se contentent de poser des hypothèses dans leur rapport du 14 décembre 2004, soutenant principalement que l'état de mal épileptique était d'origine indéterminée. Le Dr U \_\_\_\_\_ explique quant à lui longuement, en se fondant sur une doctrine médicale récente et étayée, qu'il était prématuré de conclure que l'étiologie la plus vraisemblable de la crise développée par l'assuré était de nature post traumatique et qu'elle se rattachait à l'accident de 2002. Il existait à tout âge un faible risque de développement spontané d'une crise d'épilepsie et certains facteurs de risque comme l'alcoolisme dont souffrait l'assuré y participaient. S'agissant de l'assuré, on ne pouvait évoquer un diagnostic d'épilepsie post traumatique vu l'absence de données anamnestiques témoignant qu'il ait subi une commotion cérébrale le 16 mai 2002, même mineure. La crise d'épilepsie ne pouvait donc pas être considérée comme une séquelle tardive et probable de la chute à vélo, alors que l'origine malade était tout aussi plausible. Enfin, on soulignera que l'appréciation du Dr U \_\_\_\_\_ a été rédigée après avoir pris conseil auprès d'un spécialiste en neurologie, le Dr Y \_\_\_\_\_. Au bénéfice de ce qui précède, les conclusions initiales du Dr O \_\_\_\_\_, confirmées par l'appréciation du Dr U \_\_\_\_\_ doivent être suivies. Dès lors, c'est à juste titre que la SUVA a décidé que l'accident du 16 mai 2002 n'entraînait pas de diminution de la capacité de gain au-delà du 31 janvier 2003 pour ce qui concerne l'assurance-accidents, à l'exception de contrôles médicaux des troubles de la face et de la mandibule.

A/1611/2003 - 12/13 -

## **E. 8**

Le recours doit donc être rejeté.

A/1611/2003 - 13/13 -

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