

GE_GERICHTE ATAS/437/2018 vom 24. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_437_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/437/2018 du 24 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/437/2018 del 24 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

Les questions de la compétence de la Cour de céans, d'une part, et de la recevabilité du recours, d'autre part, ayant d'ores et déjà été tranchées à l'occasion de l'arrêt incident du 30 novembre 2017, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) 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).

A/4287/2017 - 8/13 -

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prolonger sa prise en charge, que ce soit sous la forme du versement d'indemnités journalières ou d'autres prestations pécuniaires. L'existence d'une rechute début 2015 n'est pas contestée, seule l'est la question de la persistance d'un lien de causalité entre les atteintes invoquées et l'accident d'octobre 2004 au-delà du 30 juin 2017. Pour le surplus, on rappellera une nouvelle fois au recourant que la question de la réduction d'éventuelles prestations a déjà fait l'objet d'une décision de principe entrée en force en 2005 et qu'elle ne saurait donc être examinée une nouvelle fois par la Cour de céans, d'autant que l'intimée a déjà refusé de reconsidérer sa position à cet égard et qu'il a été jugé que les conditions formelles d'une révision sur ce point n'étaient pas remplies (cf. arrêt de la Cour du 21 septembre 2017).

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 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). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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

A/4287/2017 - 9/13 - 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 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

E. 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 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 LPG), 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 dé-

A/4287/2017 - 10/13 - signation, 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 7

L'intimée considère que s'il y a effectivement eu rechute, l'état de l'assuré s'est stabilisé et qu'au-delà du 30 juin 2017, il n'y avait plus de lien de causalité avec le sinistre. Le recourant conteste pour sa part avoir recouvré une pleine capacité de travail. Il allègue souffrir d'atteintes somatiques - lombocuralgie gauche en L1-L3 mise en évidence le 11 août 2017 - dont il considère qu'elles sont en lien de causalité naturelle avec le sinistre. Selon lui, seule une hernie discale, une arthrose ou un autre facteur extérieur sans rapport avec sa santé psychique peuvent expliquer cette lombocuralgie. En d'autres termes, le recourant ne demande pas la prise en charge des troubles psychiques mis en évidence par les différents médecins qui se sont exprimés. Il ne conteste pas non plus l'absence de lien de causalité entre lesdits troubles et le sinistre survenu en 2004. Au contraire, il nie que l'incapacité de travail qu'il invoque soit imputable à son état psychique et considère que seul son état physique, en particulier la lombocuralgie, est à l'origine de ladite incapacité. En d'autres termes, il conteste la stabilisation de son état physique fin juin 2017.

E. 8

Ainsi que cela a déjà été relevé, il n'est pas contesté qu'il y ait eu rechute de l'accident de 2004 début 2015. a. 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 atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF

123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). 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 cau-

A/4287/2017 - 11/13 - santé 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 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). b. En l'espèce, l'accident d'octobre 2004 a eu pour conséquences diverses fractures et lésions, notamment du bassin à gauche, des dents et mâchoires, de l'orbite gauche, une perforation intestinale et des contusions, aux niveaux myocardique, hépatique et pulmonaire. Ces lésions, suite au traitement immédiatement mis en place, ont cependant connu une évolution favorable (consolidation des fractures). En février 2015, l'assuré a annoncé une rechute, que son médecin-traitant a décrite comme une réapparition des douleurs au niveau de son bassin. Pour déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement de l'indemnité journalière, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 juin 2017. En effet, le traitement médical n'est pris en charge qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n°U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10% au moins). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/07 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Le médecin traitant ayant documenté la rechute ne faisait plus état, en mai 2017, que d'un trouble dépressif avec une possible somatisation. Les troubles psychiques étaient dès lors au premier plan. Tant le neurologue que les radiologues ont exclu toute atteinte somatique. À cet égard, le neurologue a expliqué à plusieurs reprises que les signes physiques présents étaient selon lui inhérents non pas à une atteinte

A/4287/2017 - 12/13 - organique mais à un état de stress chronique. Si des atteintes vertébrales ont certes été mises en évidence par le Dr J_____, c'est au niveau des cervicales - zone non touchée lors de l'accident. Qui plus est, elles ont clairement été qualifiées de dégénératives. En particulier, le bilan radiologique n'a montré aucune coxarthrose. Quant au rapport du 22 août 2017 invoqué par le recourant, il souligne l'absence d'anomalie

arthrosique significative au niveau facettaire et le débord discal circon- férentiel constaté en L4-L5 est qualifié de minime. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir retenu qu'au-delà de juin 2017, aucun trouble organique démontrable en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'accident du 1er octobre 2004 n'était plus documenté. Dans ces conditions, sa responsabilité ne saurait être engagée plus longtemps, que ce soit en termes de versement d'indemnités journalières ou d'autre prestation pécuniaire.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4287/2017 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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