

GE_GERICHTE ATAS/440/2009 vom 16. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_440_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/440/2009 du 16 avril 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/440/2009 del 16 aprile 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que l'accident est postérieur à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 19 août 2008 et a été reçue le lendemain de sorte que le délai de recours a débuté le 21 août 2008 pour prendre fin le 19 septembre 2008 (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée à partir du 1er janvier 2008, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 2 mars 2006.

E. 5

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 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). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et

dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

A/3380/2008 - 8/15 -

E. 6

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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). 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 293 consid. 2c; RAMA 2006 N° U 570 p. 74 consid. 1.5.2, U 357/04; 2005 N° U 557 p. 388 consid. 3.2, U 244/04). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; ATF non publié U 192/06 du 10 avril 2007, consid. 3.2.2).

E. 7

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, 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 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337

consid. 1, 118 V 289

A/3380/2008 - 9/15 - consid. 1b et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2).

E. 8

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'ins-truction 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 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). 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 tran-cher 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 im-portants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des exa-mens 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). 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépen-dant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies

A/3380/2008 - 10/15 - 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 long-temps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 9

En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante des deux expertises.

a) Dans son rapport d'expertise du 23 novembre 2007, la Dresse O_____ consi-dère

que la ténosynovite de De Quervain et la neuropathie du nerf radial opérées sont dues de façon probable à l'accident du 2 mars 2006, car elles ont été favorisées par la pratique de la boxe thaïlandaise, puis par le tir au pistolet 9 mm. Elle mentionne, en tant que facteur antérieur jouant un rôle dans les suites de l'accident, un kyste scapho-lunaire préexistant à l'accident et douloureux dans les mouvements extrêmes de flexion/extension. Bien que ces douleurs limitatives dans la profession jouent un rôle non négligeable, il est difficile de les quantifier en raison du status post-opératoire qui provoque une forte limitation de l'utilisation du poignet. Toutefois, ce status devrait être résorbé d'ici six mois au maximum. L'état dépressif invalidant est également un facteur non négligeable dans l'évolution, mais pour évaluer son importance dans la problématique totale, il serait nécessaire de demander un avis psychiatrique. Elle estime prématuré d'évaluer la question du statu quo sine ou ante et elle préconise de revoir le patient dans six mois. Elle reconnaît une incapacité de travail entière comme transporteur pour encore trois à quatre mois. Elle observe que, malgré l'incapacité de travail dès le 20 juillet 2007 pour les douleurs du poignet, le patient a continué à tirer au pistolet ce qui est certainement une cause non négligeable de la réapparition, voire de la persistance de la tendinite de De Quervain. Si l'on considère que la tendinite de De Quervain est liée à l'accident, les suites de l'accident nécessitent encore un traitement pour trois à quatre mois et l'état n'est pas stabilisé avant cette même échéance. Puis, dans son complément du

E. 13

mars 2008, elle précise qu'en raison du traitement de la tendinite de De Quervain en 2006 avec infiltration, elle avait considéré qu'il n'était pas exclu que la récurrence de cette tendinite en soit la suite puisque le recourant avait continué à prendre des anti-inflammatoires. Elle avait conclu à un rapport de causalité probable entre l'accident du 2 mars 2006 et la récurrence de la tendinite de De Quervain parce que le recourant avait été traité pour ce diagnostic dans les suites proches de l'accident bien que ce type de diagnostic ne soit, en principe, pas post-traumatique. Au vu de l'enquête effectuée par le Dr P_____ qui établit que le recourant n'a pas suivi de traitement pendant une année, alors qu'il pratiquait pendant cette période le tir au pistolet qui est certainement un facteur déclenchant, voire aggravant de la tendinite, elle admet qu'il n'y a pas de rapport de causalité entre l'accident et la récurrence de tendinite en 2007. Le recourant conteste la valeur probante des conclusions de la Dresse O_____ au motif que cette dernière ne serait pas une spécialiste de la main, qu'elle est reve-

A/3380/2008 - 11/15 - nue sur sa première appréciation et qu'elle se serait basée sur des faits erronés (puisque il a arrêté le full contact juste après l'accident, n'a jamais tiré au pistolet de la main gauche, mais de la main droite, et a poursuivi un traitement après la reprise du travail à base de Dafalgan et de Brufen). Il convient de relever que les faits contestés par le recourant sont ceux qu'il a personnellement rapportés aux deux experts. En effet, s'il est possible qu'un expert ait pu retranscrire ses propos de façon erronée, il apparaît en revanche invraisemblable que les deux experts aient commis la même erreur. Il faut en conclure que c'est le recourant lui-même qui a donné des informations imprécises ou erronées. Au demeurant, on ne voit pas en quoi ces imprécisions auraient une quelconque incidence sur l'appréciation de la Dresse O_____. En effet, la motivation principale du médecin pour conclure à l'absence de lien de causalité repose sur l'absence de traitement à partir de la reprise du travail en juillet 2006; la pratique des sports en question n'a été invoquée que pour tenter d'expliquer la récurrence des troubles. De plus, la

Dresse O _____ a expliqué la raison pour laquelle elle a modifié ses conclusions initiales : la consultation du dossier des HUG par le Dr P _____ a apporté des éléments nouveaux. On remarque d'ailleurs que la formulation employée par le médecin dans ses conclusions initiales (« si l'on considère que la tendinite de De Quervain est liée à l'accident, ... ») reflétait déjà les doutes de ce dernier quant au lien entre la tendinite de De Quervain et l'accident, doutes qui ont été confortés par la suite par les nouveaux éléments apportés par la consultation du dossier des HUG par le Dr P _____. Par conséquent, le revirement de la Dresse O _____ repose sur des motifs objectifs, contrairement à ce que sous-entend le recourant. Quant à la médication que le recourant dit avoir continué à prendre, il convient de relever que si la LPGA ne définit pas la notion de traitement médical, puisqu'elle se borne à énumérer à l'art. 14 le traitement médical parmi les prestations en nature, il y a lieu de se référer, selon KIESER (Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, vom 6. Oktober 2000, n. 7 ad art. 14), à la volonté du législateur, selon laquelle cette notion implique des mesures curatives. La prise d'anti-douleurs n'ayant pas un but curatif mais masquant, elle ne correspond pas à la définition d'un traitement médical, tout comme celle, épisodique d'anti-inflammatoires, de sorte qu'on ne saurait conclure, ainsi que le fait le recourant, que l'argumentation de l'expert repose sur une prémisse erronée. Enfin, quand bien même la Dresse O _____ n'est pas une chirurgienne spécialiste de la main, mais du pied, elle est également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatique de l'appareil locomoteur, de sorte qu'elle dispose des compétences requises pour se prononcer sur une affection articulaire de la main (cf. ATFA non publié I 428/99 du 8 février 2000, consid. 2b).

A/3380/2008 - 12/15 - En définitive, la Dresse O _____ a expliqué pourquoi elle a n'a pas reconnu de rapport de causalité entre la récurrence de la tendinite de De Quervain et l'accident. Elle a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. En outre, elle retient les mêmes diagnostics que les autres médecins et son rapport ne contient pas de contradictions à la suite des précisions apportées dans son complément d'expertise. Par conséquent, ses conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen de sorte que son rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante. b) Dans son rapport d'expertise du 20 février 2008, le Dr P _____ conclut que le syndrome de De Quervain ne lui paraît ni probablement, ni certainement en causalité avec l'accident et qu'il ne peut y avoir qu'une éventuelle petite possibilité de causalité. De plus, seule l'incapacité de travail du 2 mars au 6 juillet 2006 peut être mise exclusivement sur le compte de l'accident du 2 mars alors que l'incapacité de travail depuis juillet 2007 ne lui paraît pas en causalité avec l'accident. Il relève qu'avant la récurrence, le diagnostic de syndrome de De Quervain n'a été évoqué dans le dossier des HUG qu'une seule fois, le 6 mai 2006, et n'a entraîné qu'une seule infiltration à ce moment-là. Il expose que si, lors de l'accident, le poignet a été mis en forte et brusque flexion, cela signifie que le dos de la main gauche a heurté la voiture et qu'au vu de ce mécanisme, il ne lui paraît pas vraisemblable que l'épiphyse distale du radius ait subi un choc. Selon la littérature médicale, outre que les ténosynovites sténosantes de De Quervain touchent surtout la femme entre 40 et 50 ans et sont provoquées par des facteurs mécaniques expliquant leur fréquence dans les professions manuelles, elles sont la conséquence d'une sténose progressive de la gaine des tendons et en particulier du long adducteur du pouce. Elles se rencontrent fréquemment chez les patients adultes ayant pratiqué des mouvements répétitifs dans le cadre de leurs activités professionnelles, des

travaux ménagers ou des loisirs sans qu'une origine traumatique ne soit mentionnée. Le recourant formule à l'encontre du rapport d'expertise du Dr P_____ les mêmes griefs que ceux avancés contre celui de la Dresse O_____ de sorte qu'il y a lieu de renvoyer aux développements faits ci-dessus à ce sujet, lesquels valent mutatis mutandis. Le recourant reproche au surplus au Dr P_____ de s'être référé à une encyclopédie médicale datant de 1999 « complètement dépassée » et de faire fi de l'origine post-traumatique de la tendinite de De Quervain admise par divers scientifiques. La valeur probante d'une expertise ne dépend pas des références à la littérature médicale faites par l'expert (cf. ATFA non publié M 3/04 du 31 octobre 2005, consid. 6.2) de sorte que l'assuré ne peut pas en contester la valeur en discutant les références citées. Ce grief doit donc être écarté. Au demeurant, plusieurs références récentes sur Internet attribuent l'étiologie de la ténosynovite de De Quervain au frotte-

A/3380/2008 - 13/15 - ment et aux microtraumatismes répétés au niveau des tendons du pouce de la face externe du poignet (cf. Dr Xavier Marinache, www.canalcarpien.org/Tenosynovite-de-De-Quervain). Il est vrai que certains auteurs font également mention d'une origine post-traumatique de sorte qu'il semble exister une controverse scientifique à ce sujet. Toutefois, il n'appartient au Tribunal des assurances sociales de trancher les controverses médicales. Son obligation se limite à la question de savoir s'il existe une relation de causalité avec l'accident, en regard des circonstances du cas concret, et après avoir pris en considération la doctrine médicale (ATF 134 V 231 consid. 5.3). De plus, il ne saurait, sans motifs impératifs, en se fondant sur les éléments de littérature médicale résultant d'études étrangères au cas concret, s'écarter des conclusions d'un spécialiste qui s'est prononcé spécifiquement sur ce cas. Ces principes valent au demeurant quelles que soient les qualifications de la partie concernée ou de son conseil (ATFA non publié U 591/06 du 11 octobre 2007, consid. 4.3). Or, le mécanisme de l'accident rapporté par l'expert ne rend par vraisemblable un choc au poignet, mais bien sur le dos de la main, de sorte qu'une origine post-traumatique n'est pas vraisemblable. Cette conclusion est d'ailleurs confirmée par le dossier radiologique du recourant répertorié par le Dr P_____, puisque la tomодensitométrie du 16 mars 2006 n'a pas permis de constater de lésion traumatique décelable et que la résonance magnétique du 30 mars 2006, qui aurait permis de mettre en évidence d'éventuelles lésions des tissus mous, ne révèle pas de signe pathologique. De plus, si la ténosynovite de De Quervain avait été provoquée par le choc survenu lors de l'accident du 2 mars 2006, il est incompréhensible qu'elle n'ait été diagnostiquée que le 6 mai 2006, soit deux mois après l'accident, alors qu'un tel diagnostic est posé facilement au moyen de la manœuvre de Finkelstein qui met en tension les tendons du pouce et réveille la douleur. Par conséquent, l'expert a conclu à juste titre que, dans le cas du recourant, l'origine de cette tendinite n'est pas post-traumatique et, partant, que la récurrence de ce trouble n'est pas en rapport de causalité avec l'accident. Étant donné que le Dr P_____ a réalisé son expertise après avoir examiné le recourant, procédé à une étude du dossier assécurologique et radiologique, tenu compte des plaintes exprimées par l'assuré ainsi que de l'anamnèse, puis après avoir été consulté son dossier aux HUG, son rapport d'expertise remplit les divers critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En définitive, les deux expertises sont concordantes quant à leurs conclusions finales et elles sont, de surcroît, confirmées par le rapport du Dr Q_____ du 22 avril 2008. 10. Il convient encore d'examiner si les rapports des médecins des HUG font état d'éléments objectifs dont les experts n'auraient pas tenu compte. En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un

mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 113/06

A/3380/2008 - 14/15 - du 7 mars 2007 consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il en va toutefois différemment si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert ATF non publié I 676/05 du 13 mars 2006 consid. 2.4 in fine). Le recourant se réfère au rapport du 24 juillet 2008 établi par le Dr R_____ qui considère que la relation entre les troubles actuels et l'accident est certaine au motif que le patient était libre de symptômes avant l'accident. Ce faisant, il tient un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident; il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (ATFA non publié du 30 novembre 2007, U 580/06, consid. 3.2). Quant au rapport du 10 mars 2008 du même Dr R_____, il ne se prononce pas sur le rapport de causalité entre l'accident et les troubles actuels, mais se borne à indiquer que le syndrome de De Quervain est d'origine post-traumatique, sans motiver son appréciation et sans discuter les deux rapports d'expertise dont les conclusions finales sont foncièrement différentes. Il reprend, pour l'essentiel, les informations contenues dans le rapport opératoire du 14 septembre 2007 qui précise que le patient était suivi depuis l'année 2006 suite à un syndrome de De Quervain post-traumatique lors de la pratique d'un sport de combat. Cette précision contenue dans le rapport opératoire impute une origine post-traumatique audit syndrome non pas à la suite de l'accident de scooter, mais à la pratique d'un sport de combat. Par conséquent, ces divers rapports ne sont pas susceptibles de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts dès lors qu'ils ne mettent pas en évidence d'éléments objectifs dont ils n'auraient pas tenu compte. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, la médecine de pointe des HUG est à l'avant-garde des soins aux patients et non pas de l'analyse du lien de causalité naturelle. Étant donné qu'un tel lien entre les troubles physiques actuels du recourant et l'accident n'existe par, puisqu'un rapport de causalité est tout au plus possible selon le Dr P_____, la question du lien de causalité adéquate ne se pose pas. 11. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3380/2008 - 15/15 -

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