

GE_GERICHTE ATAS/452/2019 vom 16. Mai 2019

GE Cour de justice, 2019-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_452_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/452/2019 du 16 mai 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/452/2019 del 16 maggio 2019

Erwägungen

E. 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), 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.

E. 2

À 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

A/2438/2018 - 9/18 - 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).

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 du recourant 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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de la part de l'intimée au-delà du 28 février 2018, en particulier des indemnités journalières.

E. 6

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. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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. 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. 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 condition est réalisée 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 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

A/2438/2018 - 10/18 - 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 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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. Si 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) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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). c. 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 177 consid. 3.2 et 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).

E. 7

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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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

A/2438/2018 - 11/18 - 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. À 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 de l'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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de

porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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

A/2438/2018 - 12/18 - généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 8

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). Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; ATF 115 V 143 consid. 8c).

E. 9

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et

en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la

A/2438/2018 - 13/18 - vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

E. 10

En l'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations le 28 février 2018. Elle a en effet retenu, conformément aux avis du Dr J_____, qu'au-delà de cette date, les troubles du poignet droit n'étaient plus en rapport de causalité avec l'accident du 1er février 2016. Le recourant conteste cette position et invoque pour sa part les avis des Drs G_____ et F_____. Il soutient que l'ensemble de ses problèmes au niveau du poignet sont liés au traumatisme de 2016. Il dément notamment avoir été victime d'une fracture du scaphoïde et nie avoir été en Allemagne en 1988. Il a certes subi un petit traumatisme en 1988, mais celui-ci ne l'a jamais empêché de travailler.

E. 11

a. Au préalable, la Cour de céans relève que le fait que l'intimée ait mentionné par erreur, dans la décision litigieuse, que le Dr F_____ avait mentionné un accident survenu en 1988 en Allemagne – alors que ce médecin avait seulement indiqué qu'une opération avait été suggérée dans ledit pays en 1991 -, n'est pas de nature à faire douter de la survenance d'une fracture en 1988. En effet, plusieurs médecins ont rapporté l'existence d'une fracture du scaphoïde droit antérieure à l'accident assuré. Ainsi, le Dr E_____ a diagnostiqué un status post arthrose scapho-trapezienne et radio-scaphoïdienne sur une ancienne fracture (cf. rapport du 1er février 2016) et le Dr G_____ a diagnostiqué un status après une ancienne fracture du scaphoïde droit en 1988 (cf. rapport du 19 mars 2018). Quant au Dr F_____, il a livré une anamnèse détaillée du cas. Il a ainsi expliqué que l'histoire du recourant avait débuté en 1988, avec une fracture du scaphoïde droit - sans mention de l'endroit où se trouvait alors l'intéressé - et que ce dernier avait retiré son plâtre après quinze jours, faisant fi des consignes qui lui avaient été données. Par la suite, en 1991, une indication opératoire avait été préconisée en

A/2438/2018 - 14/18 - Allemagne, mais il n'y avait pas été donné suite le recourant avait continué à travailler et à présenter des douleurs sporadiques (cf. rapport du 10 février 2016). Enfin, il ressort également du procès-verbal relatif à l'entretien du 28 juin 2016 entre le recourant et un collaborateur de l'intimée, document signé par l'intéressé, que ce dernier a subi une fracture du scaphoïde droit traitée conservativement en 1988, qu'il n'a pas suivi les consignes d'immobilisation et qu'il a retiré son plâtre après quinze jours, qu'il a ensuite souffert de séquelles sous forme de douleurs sporadiques du poignet droit. Ce n'est qu'en mars 2018, à l'appui de son opposition, que le recourant a contesté pour la première fois avoir été victime d'une fracture et évoqué un « petit traumatisme ». Ces nouvelles déclarations, clairement en contradiction avec ses premières explications, ne sauraient être retenues, conformément à la jurisprudence fédérale. La Cour de céans tient donc pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant a été victime d'une fracture du scaphoïde droit en 1988, qu'il a alors bénéficié d'un traitement par immobilisation plâtrée, prématurément interrompu, qu'une indication opératoire a été émise en 1991 et que l'intéressé a souffert de douleurs persistantes depuis lors. Savoir si le recourant se trouvait en Allemagne ou au Kosovo au moment de la lésion de 1988 est sans incidence aucune. b. En ce qui concerne l'état de santé du recourant, il est rappelé que les examens radiologiques pratiqués le jour de l'accident du 1er février 2016 ont révélé des remaniements séquellaires d'aspect chronique avec une pseudarthrose du scaphoïde, une arthrose radio-carpienne et un kyste. Le diagnostic de SNAC Wrist, terme qui désigne l'arthrose consécutive à une pseudarthrose du scaphoïde, de stade IV a été posé. Une nouvelle fracture ou toute autre lésion ostéoarticulaire a pu être écartée, mais une décompensation arthrosique sur un nouveau traumatisme a été constatée. Le recourant a subi une arthrodèse le 17 mars 2016 en raison de la pseudarthrose du scaphoïde avec un remaniement dégénératif et une atteinte arthrosique médiocarpienne du poignet. Ces pathologies existaient sans contestation possible avant le traumatisme survenu le 1er février 2016.

E. 12

Dans ses rapports des 18 décembre 2017 et 20 février 2018, le Dr J_____ a retenu que la pseudarthrose du scaphoïde et l'arthrose globale ne pouvaient être imputées à l'événement du 1er février 2016, au degré de la vraisemblance prépondérante. En revanche, on pouvait admettre une décompensation temporaire d'un état pathologique préalable et considérer que, six semaines après l'événement traumatique, l'accident assuré n'avait plus eu aucune influence sur l'évolution de l'arthrose globale constatée. Ces avis se fondent sur l'étude du dossier médical du recourant, lequel comprend notamment tous les rapports pertinents des HUG, le dossier d'imagerie et les

A/2438/2018 - 15/18 - comptes rendus opératoires. Le dossier qui a servi de base à l'établissement de ces rapports contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel du recourant. En outre, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Les conclusions du médecin d'arrondissement sont claires, cohérentes et motivées, de sorte que son appréciation répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 13

En ce qui concerne les rapports du Dr G _____, la Cour de céans observe que les atteintes à la santé énumérées par ce médecin sont conformes à l'anamnèse, telle qu'elle ressort des différents rapports produits. Le médecin traitant a mentionné une fracture du scaphoïde droit en 1988, une arthrose scapho-trapezienne importante constatée sur la radiographie du 1er février 2016, un SNAC Wrist de stade IV, une pseudarthrose du scaphoïde droit associée à un remaniement arthrosique de la styloïde radiale importante relevée le 10 février 2016, un status après une arthrodèse du scaphoïde droit avec une greffe iliaque le

E. 17

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2438/2018 - 17/18 -

A/2438/2018 - 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.