

GE_GERICHTE ATAS/459/2010 vom 29. April 2010

GE Cour de justice, 2010-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_459_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/459/2010 du 29 avril 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/459/2010 del 29 aprile 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2), étant précisé que les modifications légales qu'elle contient constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes, de sorte qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu et que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise (ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

La décision litigieuse a été rendue le 12 juin 2009. Le recours, reçu par la SUVA le 27 juillet 2009 et transmis au Tribunal de céans conformément à l'art. 30 LPGA, respecte le délai de 30 jours prévu par l'art. 60 LPGA. Interjeté dans les formes et délais légaux, il est donc recevable.

A/2968/2009 - 6/9 -

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 22 janvier 2009. Il s'agit en particulier de déterminer si les lombosciatalgies dont l'intéressé souffre sont en rapport de causalité avec sa chute du 27 avril 2008.

E. 5

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 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage "post hoc ergo propter hoc", lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

E. 6

Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1).

E. 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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

A/2968/2009 - 7/9 - Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Le juge peut ainsi accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs

conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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). En outre, 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

E. 8

En l'espèce, le recourant s'est contenté de contester la décision de l'intimée sans fournir d'éléments permettant de mettre en doute l'appréciation médicale du Dr E_____. Cette appréciation correspond par ailleurs aux critères jurisprudentiels développés ci-dessus en matière d'expertise. Elle est solidement étayée, se fonde sur le dossier médical de l'assuré, les rapports des praticiens consultés par ce dernier et l'analyse des radiographies.

A/2968/2009 - 8/9 - Le Dr E_____ explique, références médicales à l'appui, que c'est l'aggravation des douleurs du recourant au fil des semaines et l'apparition tardive de nouveaux symptômes - en l'occurrence l'irradiation de la douleur vers les membres inférieurs - qui conduit à exclure l'hypothèse selon laquelle la chute du 27 avril 2008 aurait été le facteur déclenchant des troubles actuels du recourant. On relèvera en effet que le Dr B_____, que le recourant a consulté le 10 juin 2008, soit plus de quatre semaines après sa chute, a effectivement constaté alors une lombalgie sans sciatalgie, avec un signe de Lasègue négatif (étant précisé que le diagnostic clinique d'une sciatalgie est conditionné à la présence d'un signe de Lasègue positif). Aucun élément médical ne vient contredire l'appréciation du Dr E_____. En effet, aucun des médecins ayant ausculté le recourant n'a établi de lien de causalité formel entre l'accident survenu le 27 avril 2008 et les lombosciatalgies dont il a souffert par la suite. Certes, le Dr C_____, dans son certificat du 5 juillet 2008, a indiqué que le tableau clinique de l'assuré lui paraissait compatible avec les répercussions d'une chute. La formulation de cette déclaration démontre cependant qu'il s'agit non pas d'une certitude mais seulement d'une impression, laquelle n'est étayée par aucun argument scientifique.

E. 9

Compte tenu de ce qui précède, et en l'absence de tout élément permettant de mettre en doute l'appréciation du Dr E_____, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de ce dernier, lesquelles ont fondé la décision de l'intimée de mettre un terme au versement de ses prestations. Mal fondé, le recours sera rejeté.

A/2968/2009 - 9/9 -