

GE_GERICHTE ATAS/463/2011 vom 11. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_463_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/463/2011 du 11 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/463/2011 del 11 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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 des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

A/4248/2010 - 5/10 -

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge par l'intimée des suites des événements des 23 janvier et/ou 11 février 2010, singulièrement sur la question de savoir si lesdits événements sont constitutifs d'un accident ou d'une lésion assimilée à un accident.

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.

E. 6

Est réputé 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 (art. 4 LPGGA). Cette définition de l'accident étant semblable à celle figurant avant l'entrée en vigueur de la LPGGA à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), il convient d'admettre que la jurisprudence rendue sous l'ancien droit reste pertinente.

E. 7

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: a. les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie; b. les déboîtements d'articulations; c. les déchirures du ménisque; d. les déchirures de muscles; e. les froissements de muscles; f. les déchirures de tendons; g. les lésions de ligaments; h. les lésions du tympan. Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 202). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction

A/4248/2010 - 6/10 - précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84).

E. 8

En l'espèce, le diagnostic posé et admis par les parties, à savoir celui de lésion fovéolaire, n'entre manifestement pas dans le cadre d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'article 9 al.2 OLAA. En conséquence, seule se pose la question de savoir si ladite lésion constitue un accident au sens de l'article 4 LPGGA, étant rappelé que cette notion se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGGA). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404 et les références; 122 V 230 consid. 1 p. 232 sv.). Sont litigieux in casu le facteur extérieur et le caractère soudain de l'atteinte.

E. 9

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA du 15 octobre 2004, cause U

9/04). Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut aussi résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement "non programmé", lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b).

A/4248/2010 - 7/10 -

La jurisprudence a encore précisé que lorsque la lésion d'un organe ne peut pas être attribuée à une cause extérieure concrète, mais qu'elle est due à la répétition, durant la vie quotidienne, de microtraumatismes qui provoquent l'usure de l'organe et finalement la lésion de celui-ci, cette dernière doit être considérée comme l'effet d'une maladie et non d'un accident. Ainsi et pour exemple, le diagnostic de déchirure du ménisque ne permet pas, à lui seul, d'admettre la soudaineté de l'atteinte, dans la mesure où la charge quotidienne supportée par l'articulation du genou et les microtraumatismes qui en résultent peuvent conduire à la formation d'une déchirure (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 198/00 du 30 août 2001 consid. 2b et U 63/96 du 28 novembre 1996).

Par ailleurs, lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). Dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 118 consid. 2.2 et les nombreux arrêts cités ; ATFA non publié du 14 avril 2005, U 164/04).

E. 10

Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Max KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Fritz GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., Berne 1983, p. 278, ch. 5). 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire. D'après ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela

A/4248/2010 - 8/10 - 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 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2).

En particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblables l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 140 consid. 4b et les références).

Enfin, selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

E. 11

En l'espèce, il ressort des pièces du dossier et des déclarations du recourant que les premiers symptômes de trouble de la vue sont survenus le 11 février 2010, alors que le recourant était au travail et qu'il exerçait un travail intense sur écran (cf. déclaration d'accident bagatelle de l'employeur enregistré le 15 février 2010). Le recourant a par ailleurs expliqué avoir été victime d'un phototraumatisme provoqué par la pratique de la soudo-brasure à 2300°C, lors de travaux de soudure effectué à domicile le 23 janvier 2010, avec du nouveau matériel. S'il a mentionné que cette activité ne pouvait être qualifiée d'habituelle, il a précisé qu'elle s'était déroulée dans des conditions extérieures normales, sans qu'il ne se passe quelque chose de particulier ou d'imprévu. (cf. questionnaire afférant au déroulement de l'accident daté du 22 mars 2010). S'agissant de l'atteinte à la santé, les pièces médicales font état d'une lésion fovéolaire de l'œil gauche (altération discrète de la couche des photorécepteurs au niveau fovéolaire). Dans son rapport du 20 avril 2010, la Dresse A_____ a indiqué que cette atteinte était d'origine indéterminée; en revanche,

A/4248/2010 - 9/10 - dans un certificat médical établi le 18 mai 2010, elle a indiqué que la lésion fovéolaire bilatérale était très probablement due à un phototraumatisme. Les Drs B_____ et C_____ ont pour leur part relevé qu'il était difficile de définir avec certitude l'origine de l'altération, mais qu'il était très probable qu'il s'agisse d'un phototraumatisme, le patient ayant relaté avoir souvent soudé sans protection dans le passé, surtout en tournant le côté gauche de son visage vers la lumière (cf. rapports médicaux des 22 février et 22 mai 2010). Aucun des médecins consultés n'a rattaché l'atteinte à un travail intense sur écran. Ces avis médicaux - lacunaires et insuffisamment motivés - ne permettent pas d'emporter la conviction de la Cour de céans quant à l'existence ou non en l'espèce d'une "accumulation de microtraumatismes" au sens de la jurisprudence mentionnée plus haut et partant de se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le caractère soudain et extérieur de l'atteinte. La Cour de céans ignore en particulier à quand remontent les précédentes expositions, à quelle fréquence elles ont eu lieu et si l'appareil utilisé par le passé et les conditions dans lesquelles il l'a été pouvaient avoir contribué à la survenance de la lésion. La Cour de céans ignore encore si l'exposition du 23 janvier 2010 aurait pu être cas échéant à elle seule à l'origine de la lésion constatée, sans pour autant qu'un choc ait été ressenti comme tel, instantanément. Enfin, les médecins ne se sont pas prononcés sur le temps qui s'est écoulé entre la survenance des symptômes et les expositions successives, ni sur le rôle joué dans ce contexte par le travail intense sur écran.

E. 12

En conséquence, il apparaît que les faits n'ont pas été suffisamment établis en particulier sous l'angle du caractère soudain et extérieur de l'atteinte. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée dans le but qu'elle procède à un complément d'instruction en ordonnant une expertise ophtalmologique. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis.

A/4248/2010 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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