

GE_GERICHTE ATAS/465/2022 vom 18. Mai 2022

GE Cour de justice, 2022-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_465_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/465/2022 du 18 mai 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/465/2022 del 18 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

a. Aux termes de l'art. 58 al. 1 LPGA (RS 830.1), en liaison avec l'art. 1 er al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), le tribunal des assurances compétent pour connaître d'un recours contre une décision en matière d'assurance-accidents obligatoire est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Selon l'al. 2, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. En l'espèce, lors du dépôt du recours, la recourante était domiciliée en France. Auparavant, elle avait travaillé pour les HUG, à Genève. Par conséquent, le tribunal compétent est celui du canton de Genève. b. 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 LAA. Sa compétence ratione loci et materiae 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.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

E. 4

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 de la recourante 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. 5

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.

E. 6

Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations d'assurance, plus particulièrement à une rente d'invalidité, suite à l'annonce de la rechute.

E. 7

a. Préalablement, il convient de rappeler que si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139). b. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). 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 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 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). c. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 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, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

E. 8

a. 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

A/1451/2020 - 10/15 - 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 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). b. Le 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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. c. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde,

A/1451/2020 - 11/15 - après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais que sur la base de constatations médicales fournies en temps réel, on puisse conclure que durant cette période de latence l'assuré a souffert au moins en partie des symptômes typiques de ce diagnostic. La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

E. 9

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). 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). 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 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 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. 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). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

A/1451/2020 - 12/15 - connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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. Etant 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).

E. 10

En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 22 décembre 2017, le Dr B_____ rappelle qu'il avait déjà examiné la patiente en expertise le 2 novembre 2012. Elle présentait alors des signes cliniques d'une algoneurodystrophie de Südeck post-traumatique de l'épaule gauche avec une limitation fonctionnelle modérément douloureuse et une diminution de la force du membre supérieur gauche ne lui permettant pas de reprendre son activité professionnelle habituelle d'instrumentiste ni d'infirmière. Le 1er mars 2013 elle avait repris une activité professionnelle adaptée à temps complet comme opératrice au 144. Les

douleurs résiduelles se sont à nouveau aggravées à partir de 2014, mais de façon différente qu'en 2012. En effet, les troubles dystrophiques de Südeck n'étaient plus systématiquement retrouvés et une scintigraphie osseuse effectuée le 29 août 2014 à Carcassonne s'est avérée normale. Le Dr B _____ a demandé un nouvel examen le 11 décembre 2017 et la scintigraphie n'a montré à nouveau aucun signe suspect d'une algoneurodystrophie de Südeck. L'examen neurologique avec ENMG effectué à sa demande par le Dr I _____ le 18 décembre 2017 montre une aggravation significative de la vitesse de conduction sensitive du médian au tunnel carpien gauche par rapport à l'ENMG de 2015, mais insuffisante pour expliquer les plaintes subjectives et de toute façon sans indication thérapeutique particulière. L'expert relève qu'en 2017, la patiente s'est progressivement confortée dans un rôle d'invalidé, puis d'impotent avec un appareillage démonstratif au membre supérieur gauche, de très nombreux moyens auxiliaires et des soins infirmiers quotidiens à domicile. L'addiction médicamenteuse, notamment morphinique, persiste avec prescription par deux médecins différents à deux endroits différents de la France. L'expert conclut qu'on peut raisonnablement exclure des séquelles anatomiques significatives sur le plan ostéo-articulaire du membre supérieur gauche ainsi qu'une maladie de Südeck résiduelle. Quant au syndrome du tunnel carpien gauche, apparu en 2015, il ne peut pas être mis en lien de causalité avec l'ancien Südeck dont les traces avaient déjà

A/1451/2020 - 13/15 - disparu en 2014. Par conséquent, sur le plan strictement somatique, il n'y a aujourd'hui plus de lésion anatomique objectivable susceptible d'être mise en lien de causalité naturelle résiduel pour le moins probable avec l'accident du 5 mai 2011. Le rôle des facteurs non somatiques sont hautement prépondérants, voire exclusifs, dans l'état de santé actuel de la patiente. Sur le plan somatique et en lien de causalité avec l'accident, l'expert considère que rien ne s'opposerait à une reprise du travail comme régulatrice au 144 même à temps complet. Concernant l'atteinte à l'intégrité, l'expert indiquait qu'il est difficile de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité en l'absence de lésion somatique objectivable susceptible d'être mise en relation avec l'accident de 2011. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr B _____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine valeur probante. L'expert a examiné la recourante, il a pris en compte ses plaintes, a procédé à des examens complémentaires radiologique et neurologique et a pris connaissance de l'intégralité du dossier. Le rapport d'expertise comporte une anamnèse détaillée, le résultat de l'examen clinique, une analyse et discussion circonstanciées du cas au regard de la vraisemblance prépondérante. Les conclusions du Dr B _____ sont claires, motivées et convaincantes.

E. 11

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr B _____, en se fondant plus particulièrement sur "l'expertise" du Dr F _____ du 13 mars 2018, selon lesquels elle souffre d'un CRPS post-traumatique. A cet égard, la chambre de céans constate, ainsi que le Dr B _____ l'a relevé dans son avis du 4 avril 2018, que le Dr F _____ émet un avis de partie et non d'expert neutre. Il ne semble en effet ne pas avoir eu connaissance de l'intégralité du dossier, ne se prononce pas sur les facteurs non somatiques et de suradaptation dans un rôle d'invalidé évoqués par d'autres intervenants et, enfin, ne se prononce pas non plus sur le lien de causalité naturelle au regard de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales. Ses conclusions ne sont pas de nature à remettre en cause celles de l'expert B _____. Quant au rapport du Dr C _____, force est de constater que ce dernier ne discute pas non plus de la vraisemblance

prépondérante. Son avis ne permet pas de remettre en cause les conclusions claires du Dr B_____. Concernant enfin les troubles psychiques survenus dans un contexte particulier (conflit avec un supérieur hiérarchique), ils ne sont pas en relation de causalité avec l'accident, bénin, et sont à charge de l'assurance-maladie, étant rappelé que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail.

E. 12

Force est de constater que les rapports médicaux produits par la recourante ne permettent pas de remettre en cause les conclusions claires et convaincantes de l'expert B_____.

E. 13

Mal fondé, le recours est rejeté.

A/1451/2020 - 14/15 -

E. 14

La procédure est gratuite.

A/1451/2020 - 15/15 - 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.