

## **GE\_GERICHTE ATAS/493/2008 vom 23. April 2008**

GE Cour de justice, 2008-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_493\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_493_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/493/2008 du 23 avril 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/493/2008 del 23 aprile 2008

### **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) qui sont 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

#### **E. 3**

Conformément à l'article 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivants la notification de la décision sujette à recours.

Jusqu'au 1er janvier 2007, l'ancien article 106 de la Loi fédérale sur l'Assurance- Accidents du 20 mars 1981 (LAA) prévoyait une dérogation, le délai de recours étant de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur des prestations d'assurance.

Dans la mesure où la décision sur opposition de l'intimée date du 1er décembre 2006, se pose la question de l'application éventuelle de l'ancien article 106 LAA.

Toutefois, compte tenu de la suspension de délai prévue par l'article 38 al. 4 lit. c LPGA, le recours adressé par pli recommandé du 11 janvier 2007 intervient en temps utile, que ce soit au regard de l'article 60 LPGA ou au regard de l'ancien article 106 LAA.

A/115/2007 - 10/14 -

Par ailleurs, l'ensemble des conditions prévues par les articles 56 et ss LPGA étant réalisé, le recours est recevable.

#### **E. 4**

Aux termes de l'article 6 al. 1 LAA, des prestations d'assurance de l'assurance- accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Selon l'art. 4 LPGA, on entend par 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 notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références).

L'octroi de prestations découlant d'un accident suppose par ailleurs un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommage de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (FRESARD/MOSER-ZELESS, "l'Assurance-accidents obligatoire", in : Soziale Sicherheit, 2e édition, paragraphes 79 et 85, p. 865 et 867).

Il existe un lien de causalité naturelle lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou pas de la même manière, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte.

Le fait qui provoque l'atteinte à la santé peut être associé à d'autres facteurs, pour autant qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 79, p. 865).

L'existence d'un lien de causalité naturelle s'apprécie avant tout sur la base de faits et d'évaluations médicales (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 82, p. 866).

## **E. 5**

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160

A/115/2007 - 11/14 - consid. 1c et les références).

Le juge peut se fonder sur des données médicales émanant de médecins liés à l'assureur par des relations contractuelles régulières, tel que le médecin de l'assurance, étant toutefois précisé qu'il devra poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'appréciation portée par ce médecin et par la fiabilité des données de ce dernier. Le rapport médical du médecin traitant doit également être pris en compte, étant toutefois précisé qu'il n'aura pas la même valeur qu'une expertise mise en œuvre par un tribunal ou par l'assureur-accidents, dès lors que le médecin traitant n'est pas un tiers indépendant des parties. Lorsque le médecin traitant se prononce sur une expertise, le juge doit examiner si son appréciation est propre à mettre en doute l'opinion de l'expert (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 688, p. 1024 et 1025).

Par ailleurs, un rapport médical établi uniquement sur la base du dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 686 in fine, p. 1024).

#### **E. 6**

Selon l'article 61, lettre 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. Cette disposition de procédure reprend le texte de l'article 108 al. 1 lettre c LAA, norme qui est l'expression du principe inquisitoire.

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire selon lequel 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 peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et les faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF non publié No U 454/04 du 14 février 2006; ATF 125 V 195, consid. 2).

Les parties supportent par ailleurs le fardeau de la preuve, dans la mesure où elles doivent se voir opposer l'absence de preuve (ATF 117 V 261).

#### **E. 7**

En l'espèce, la question litigieuse porte sur le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 6 mai 1990 et l'état de santé actuel du recourant, lequel état de santé n'est d'ailleurs pas contesté par l'intimée.

Le Tribunal a ordonné deux comparutions personnelles des parties lors desquelles le recourant ne s'est pas présenté. Un délai lui a été imparti, en vain, pour compléter son recours. Par ailleurs, lors de l'audience de comparution personnelle des parties

A/115/2007 - 12/14 - du 15 janvier 2008, les deux parties, représentées pour l'intimée par un avocat et pour le recourant par un mandataire, n'ont sollicité aucun acte d'instruction et considéré que la cause était en état d'être jugée. Le recourant n'a par ailleurs pas fait usage de l'ultime délai fixé pour d'éventuelles écritures avant que la cause ne soit gardée à juger.

Selon le certificat médical du Docteur I \_\_\_\_\_ du 3 janvier 2007, ce médecin n'est pas un spécialiste, mais un médecin de famille.

Ainsi, son audition, compliquée par sa localisation en Italie, apparaît disproportionnée, de sorte que le Tribunal se satisfera des différents certificats médicaux portés au dossier. En tout état, l'appréciation de ce médecin de famille ne saurait l'emporter sur l'appréciation des différents spécialistes auxquels l'intimée se réfère.

Il n'est pas non plus possible d'entendre d'autres spécialistes, puisque le recourant n'en a consulté aucun, étant relevé que le lien de confiance liant le recourant au Docteur I \_\_\_\_\_ n'apparaît pas suffisant pour expliquer l'absence de recours à un spécialiste, considérant la gravité alléguée des affections du recourant.

Enfin, le Tribunal renoncera à ordonner une expertise puisque l'appréciation neurologique du Docteur J \_\_\_\_\_ du 26 juin 2006, ainsi que l'appréciation médicale du Docteur K \_\_\_\_\_ du 21 novembre 2006 sont précises, détaillées et bien étayées. Les différents

certificats du Docteur I\_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause ces appréciations, le Docteur I\_\_\_\_\_ se contentant d'affirmer, mais sans prendre la peine de l'étayer, que l'état de santé actuel de son patient serait une suite de l'accident du 6 mai 1990. Le Docteur I\_\_\_\_\_ n'indique en particulier pas comment il parvient à cette conclusion et ne critique pas l'appréciation des Docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_.

En conséquence, il sera statué en l'état actuel du dossier.

#### **E. 8**

Or, pour les motifs indiqués plus haut, les avis médicaux des Docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ et en particulier l'appréciation neurologique du Docteur J\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2006 emportent la conviction du Tribunal.

Cette appréciation est notamment fondée sur le rétablissement complet de l'assuré en 1991, ainsi que sur un long intervalle de temps sans symptôme-ponts entre le rétablissement de l'assuré et l'annonce de sa rechute.

Comme on l'a vu dans la partie En fait, le rétablissement complet du recourant a été attesté par différents praticiens en 1990 et 1991, notamment les Docteur E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.

A/115/2007 - 13/14 -

Le fait que le Docteur J\_\_\_\_\_ n'ait pas procédé à un examen clinique du recourant n'est pas pertinent, puisque ce spécialiste fonde son appréciation au sujet du rétablissement complet du recourant sur l'examen du dossier médical de ce dernier, notamment les avis des Docteurs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, lesquels ont examiné le recourant en 1990 et 1991.

Les avis médicaux du Docteur I\_\_\_\_\_ sont par ailleurs fort succincts, ce médecin de famille se contentant de poser un diagnostic et l'existence d'un lien de causalité, sans expliquer de quelle manière il établit ledit lien.

Le lien de causalité naturelle sera ainsi écarté.

#### **E. 9**

De la sorte, le recours, mal fondé, sera rejeté sans qu'il soit nécessaire d'examiner la question du lien de causalité adéquate.

#### **E. 10**

La procédure est gratuite (article 61 lettre a LPGa).

A/115/2007 - 14/14 -

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