

GE_GERICHTE ATAS/515/2024 vom 26. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_515_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/515/2024 du 26 juin 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/515/2024 del 26 giugno 2024

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de l'intimée de reconnaître sa responsabilité pour les troubles du rachis de la recourante et de prendre en charge ses frais de transports en taxi au-delà de l'année 2017.

E. 3.1

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. Par accident, on entend 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 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références). 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; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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).

A/3275/2019 - 9/13 - 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, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 3.2

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 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). 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).

E. 3.3

S'agissant de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a jugé qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la

A/3275/2019 - 10/13 - procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

E. 3.4

En vertu de l'art. 13 al. 1 LAA, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires. Sont notamment pris en charge les frais

résultant de traitements médicaux ou investigations prescrits par le médecin ou l'assureur-accidents. Ainsi, les frais de déplacement effectifs au moyen des transports publics pour se rendre à un contrôle médical ou à une séance de physiothérapie sont remboursés (Jean- Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Sécurité sociale, 3ème édition 2016, n. 208 p. 972). Par ailleurs, la recommandation de la commission ad hoc sinistres LAA pour l'application de la LAA et de l'OLAA (n° 1/94) prévoit que les frais remboursés sont les frais effectifs pour le train, le tram ou le bus et que lorsqu'il n'y a pas de transports publics à disposition ou lorsque les lésions provoquées par l'accident ne permettent pas leur utilisation, une indemnité kilométrique (de 60 centimes) est alors prise en charge. Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2).

E. 4.1

La recourante fait valoir que l'intimée n'avait pas respecté son arrêt et qu'elle avait imposé le centre L_____ sans accord consensuel. Les experts avaient réalisé une expertise consensuelle qui ne respectait pas le principe d'impartialité. La chambre de céans relève à cet égard que le libellé des questions de la mission d'expertise adressée au L_____ avait préalablement fait l'objet d'un arrêt de la chambre de céans, entré en force, qui le confirmait. La recourante ne pouvait dès lors plus contester les questions de la mission d'expertise dans le cadre de son interpellation sur ses éventuels motifs de récusation des experts du L_____, proposé par l'intimée du fait que le I_____ avait refusé de faire l'expertise. Dans la mesure où la recourante n'a pas requis une décision formelle de l'intimée s'agissant de la mission d'expertise confiée au L_____, ni recouru contre cette dernière, elle ne peut plus prévaloir sans le cadre de la présente procédure du fait

A/3275/2019 - 11/13 - que cette expertise n'aurait pas été ordonnée de façon consensuelle, ni contester le choix de centre et des Drs M_____ et N_____ comme experts. Elle n'a de toute façon pas émis de motifs matériels ou formels suffisants qui justifieraient la récusation de l'expert M_____, au seul motif qu'il serait médecin d'assurance et du Dr N_____, car il travaillerait pour CRR, ce qui n'est pas le cas. Elle ne pouvait en outre choisir librement un centre d'expertise, mais devait faire valoir un motif de récusation formel ou matériel justifié, ce qu'elle n'a pas fait. En conséquence, l'intimée était fondée à maintenir la mission d'expertise au L_____ et il ne peut pas être retenu que ce choix ne répondait aux exigences jurisprudentielles en la matière.

E. 4.2

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. La recourante semble le contester dans la mesure où elle a fait valoir qu'elle avait demandé au Dr M_____ un complément d'analyse au motif qu'il avait indiqué que la première neurolyse du professeur P_____, chef du service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, avait échoué et qu'elle n'avait obtenu aucune réponse de celui-ci. À teneur du dossier, la recourante a adressé une demande de complément au Dr M_____ le 10 février 2024 et une relance le 24 février 2024, car elle ne partageait pas son opinion selon laquelle la neurolyse du 8 octobre 2019 du Prof. P_____ avait échoué. En effet, cette intervention avait en partie été un véritable succès, puisque ses

douleurs lombaires avaient disparu. L'expert n'avait ainsi pas fait la différence entre ces dernières et ses douleurs sévères à son orteil gauche. Comme l'a relevé l'intimée, le Dr M_____ a bien indiqué dans son rapport que la neurolyse du nerf plantaire du 8 septembre 2020 était un échec en tant qu'elle concernait les douleurs intenses de la recourante au gros orteil. Dans la mesure où il précisait ensuite que, de manière étonnante, les lombosciatalgies dont souffrait la recourante avaient disparu, le rapport de l'expert était complet et ne justifiait pas de complément. La recourante n'a ainsi pas fait valoir de critiques remettant en cause la valeur probante de l'expertise.

E. 5.1

Sur la base de celle-ci, il convient de retenir que la recourant était en mesure d'utiliser les transports publics dès le 8 janvier 2018, à condition de pouvoir s'y asseoir. C'est donc à juste titre que l'intimée a retenu dans la décision querellée que la recourante pouvait utiliser les transports publics pour se rendre sur son lieu de travail et refusé la prise en charge des frais de transports demandés.

A/3275/2019 - 12/13 -

E. 5.2

Il ressort en outre clairement du volet orthopédique de l'expertise du L_____, comme l'a relevé l'intimée, que le Dr M_____ s'est rallié aux conclusions du Dr E_____ du 23 avril 2019, selon lesquelles il n'y avait pas de lien de causalité entre les lombosciatalgies droites dont souffraient la recourante et l'événement du 30 avril 2017. Selon le Dr M_____, l'IRM lombaire du 31 août 2018 ne montrait en effet pas d'élément traumatique aigu et n'objectivait que des discopathies dégénératives, sans conflit disco-radicalaire. Par ailleurs, le fait de marcher avec des cannes n'était pas reconnu comme une action vulnérante suffisante pour pouvoir générer une hernie discale. L'expert précisait encore que l'événement en cause, qui avait consisté en la chute d'une planche sur le gros orteil gauche, n'avait pas impacté la colonne lombaire. Cette conclusion n'est pas sérieusement remise en cause par la recourante et c'est donc également à juste titre que l'intimée a retenu dans sa décision sur opposition du 16 juillet 2019, que les problèmes de rachis de la recourante n'étaient pas à sa charge, faute de lien de causalité avec l'accident subi par la recourante le 30 avril 2017.

E. 6

Infondé, son recours sera rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGa).

A/3275/2019 - 13/13 -

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.