

## **GE\_GERICHTE ATAS/53/2015 vom 28. Januar 2015**

GE Cour de justice, 2015-01-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_53\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_53_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/53/2015 du 28 janvier 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/53/2015 del 28 gennaio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

Dans ses écritures du 8 décembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur deux correspondances de ses médecins qu'il a produit avec ses écritures.

A/2523/2014 - 6/11 -

#### **E. 22**

Selon le courrier du 13 octobre 2014 de la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique au service de santé du personnel des HUG, courrier versé à la procédure par le recourant, celui-ci présentait un syndrome douloureux chronique dans le contexte d'une tendinopathie de l'extenseur commun des doigts encore très enflammés à sept mois de la chirurgie. Les douleurs avaient été soulagées par le TENS et peu soulagées par la physiothérapie classique. Depuis le 22 septembre 2014, le recourant avait repris le travail à 50 % avec de vives douleurs lors de l'utilisation du bras gauche, surtout en poussant les containers. Une origine neurogène lésionnelle des douleurs avait été écartée. Il était illusoire d'augmenter le temps de travail au-delà de 50 %. Ce médecin recommandait vivement au recourant de continuer la physiothérapie et surtout le TENS, ainsi que de porter un épitrain ou un épipoint au travail.

#### **E. 23**

Selon le courrier du 18 novembre 2014 des Drs F\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ de l'unité de chirurgie de la main des HUG à l'intimée, l'employeur du recourant lui imposait des charges de travail supérieures à celles préconisées. Lors de la consultation du 11 novembre 2014, les médecins n'avaient constaté que peu d'amélioration par rapport au dernier contrôle. La charge de travail semblait incompatible avec une bonne récupération fonctionnelle. Partant, ils ont sollicité la participation de l'intimée à la reprise professionnelle du recourant sous forme d'une reprise thérapeutique.

#### **E. 24**

Dans ses écritures du 17 décembre 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

#### **E. 25**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

#### **E. 26**

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. L'objet du litige est la question de savoir si les troubles au coude gauche du recourant sont dans une relation de causalité avec l'accident du 25 juin 2013. 4. a. 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

A/2523/2014 - 7/11 - compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. 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. L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 129 V 402 consid. 4.3). Le seul 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. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé

A/2523/2014 - 8/11 - physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 5. 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 LPG), 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 125 V 351 consid. 3). 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). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, un droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Toutefois, si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne, une telle expertise doit être ordonnée (ATF 135 V 465 consid. 4 p. 497 ss). 6. En l'espèce, le médecin d'arrondissement de l'intimée constate, dans son appréciation du 23 juin 2014, que les éléments échographiques mettent en évidence une pathologie ancienne du coude gauche, comme le montre l'existence de calcification au niveau des tendons. Celle-ci, ainsi que les autres anomalies constatées n'ont pas pu se développer sur une durée de trois mois seulement. Il y a

A/2523/2014 - 9/11 - ainsi un état maladif antérieur au niveau du coude gauche. Selon ce médecin, l'ensemble des documents médicaux démontre qu'il s'agit d'une lésion antérieure de type probablement dégénératif. A cet égard, il fait remarquer que l'épicondylite est une affection d'étiologie multifactorielle, dans laquelle les processus dégénératifs jouent le rôle principal. Partant, il n'admet une relation de causalité avec l'accident seulement pendant une durée de moins de trois mois à partir de l'accident. L'avis du médecin d'arrondissement est contesté uniquement par le Dr D\_\_\_\_\_, dans son courrier du 9 janvier 2014 à l'intimée, dans lequel il relève que les problèmes de l'assuré sont apparus suite à un traumatisme par choc direct dans la région olécrânienne contre une benne de voirie, de sorte que troubles

sont à considérer comme une conséquence de l'accident. Par la suite, les médecins des HUG refusent de se prononcer sur le rapport de causalité. Certes, l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ est très succinct et semble se fonder uniquement sur un raisonnement post hoc ergo propter hoc, qui ne permet pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante la causalité naturelle en droit des assurances sociales. Il est vrai également que le recourant présente vraisemblablement un état maladif préexistant au coude gauche et que les échographies de cette articulation n'ont pas mis en évidence des lésions traumatiques, telles que des déchirures. Néanmoins, dans la mesure où la tendinite s'est développée suite à l'accident, alors même que le recourant était en arrêt de travail et que son bras était immobilisé, il ne peut être exclu qu'il n'aurait pas présenté les mêmes problèmes de santé à ce coude sans cet accident. La chambre de céans n'est ainsi pas totalement convaincue que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement. Il est à cet égard à rappeler qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause prépondérante de l'atteinte à la santé et que le Dr C\_\_\_\_\_ admet que les causes d'une tendinite sont généralement multifactorielles. Il ne peut pas non plus être exclu que le médecin d'arrondissement ne connaisse qu'imparfaitement les notions juridiques en matière d'assurance-accidents. En effet, dans son avis médical du 24 mars 2014, il fait état de ce qu'une lésion purement post-traumatique ne peut être retenue au-delà de six mois après l'accident. Ce faisant, il semble admettre que l'atteinte au coude est en partie également la cause d'un traumatisme. Or, selon la jurisprudence précitée, l'admission d'un rapport de causalité naturelle n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe. Il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé. Partant, compte tenu de l'avis divergeant du Dr D\_\_\_\_\_ quant à la causalité entre les problèmes au coude et l'accident survenu et les circonstances dans lesquelles l'atteinte à la santé s'est développée en l'occurrence, l'appréciation médicale du médecin de l'assureur ne saurait suffire pour écarter l'avis du spécialiste à l'unité de chirurgie de la main des HUG. Il appert ainsi que l'instruction de ce dossier est incomplète. Partant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle procède à une expertise par un médecin

A/2523/2014 - 10/11 - spécialiste externe et indépendant, afin d'établir dans quelles mesures les pathologies au coude gauche du recourant sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident litigieux. 7. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision dont est recours annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 8. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de dépens. \*\*\*

A/2523/2014 - 11/11 - 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.