

# **GE\_GERICHTE ATAS/60/2012 vom 1. Februar 2012**

GE Cour de justice, 2012-02-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_60\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_60_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/60/2012 du 1 février 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/60/2012 del 1 febbraio 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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).

A/4335/2010 - 6/12 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge de la rechute annoncée par le recourant au motif que la relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 11 décembre 2008 n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

### **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. 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). Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a plus particulièrement droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

### **E. 6**

a) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose donc 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la

cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

A/4335/2010 - 7/12 - b) 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé 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 291, consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

#### **E. 7**

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 maladie 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 p. 138 et les références ; 118 V 293 consid. 2c p. 296). Par ailleurs, en cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (cf. arrêt du 17 mai 2002 [U 293/01; consid. 1] résumé dans REAS 2002 p. 307). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid. 1c; consid 1 de l'arrêt du 17 mai 2002 précité ; arrêt du 20 février 2006 U 249/05 consid. 1).

#### **E. 8**

En ce qui concerne la preuve, 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 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il

A/4335/2010 - 8/12 - existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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, 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 qu'enfin, les conclusions 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

## **E. 9**

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette 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. Étant 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 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il

A/4335/2010 - 9/12 - est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c).

## **E. 10**

En l'espèce, le recourant requiert de l'intimée la prise en charge des frais qu'il estime liés à l'événement accidentel du 11 décembre 2008. Il allègue que les complications et les vives douleurs ressenties au pied et au talon droits une année après l'accident dont il a été victime sont incontestablement des suites dudit événement. À l'appui de son recours, il se prévaut notamment du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ qui a diagnostiqué une lésion aponévrose plantaire droite post-traumatique et de celui du médecin-conseil de l'assureur, selon lequel il était possible, avec une probabilité prédominante, que la rechute soit liée à l'événement accidentel de décembre 2008. Le recourant soutient par ailleurs que les douleurs et la gêne n'ont jamais cessé depuis l'accident de décembre 2008, mais qu'elles se sont amplifiées quelques jours avant l'annonce de sa rechute à l'intimée. Pour sa part, l'intimée considère au contraire, sur la base du rapport de son médecin-conseil, qu'une contusion du talon ne dure pas un an et qu'il n'y a pas une continuité dans la situation du recourant, permettant de retenir que les douleurs ressenties près d'un an plus tard soient en lien de causalité avec l'événement accidentel du 11 décembre 2008. Selon l'intimée, le laps de temps sans consultation ni traitement a été trop long pour admettre un quelconque rapport entre l'accident et les récentes douleurs. Le rapport d'IRM auquel le recourant s'est soumis conclut d'ailleurs à une lésion post-traumatique ou en relation avec une surcharge permanente et montre des problèmes d'ordre dégénératif, étant relevé que le recourant était âgé de 44 ans au moment de l'événement. De l'avis de l'intimée, on se trouve donc en présence du domaine d'une rechute « possible », insuffisante du point de vue du lien de causalité, le recourant n'ayant pas été en mesure d'apporter la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante de l'existence d'un tel lien.

## **E. 11**

En l'occurrence, figurent au dossier les rapports des Drs N\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. Si le premier praticien a diagnostiqué une contusion avant sous-astragaliennne du pied droit post-traumatique, le médecin-conseil de l'intimée a indiqué que le cas relevait de l'assurance-maladie, car une contusion du talon ne dure pas un an. Néanmoins, à la question de savoir s'il s'agissait, avec une probabilité prédominante, d'une rechute liée à l'événement accidentel susmentionné, le médecin a répondu « possible ». Enfin, le Dr M\_\_\_\_\_ a mentionné que les douleurs pouvaient traduire une lésion post-traumatique ou être en relation avec une surcharge permanente, sans en déterminer la cause exacte. De l'avis de la Cour, il apparaît ainsi que la question de la causalité n'a pas été investiguée à satisfaction de droit par les différents médecins appelés à se déterminer. Le Dr N\_\_\_\_\_ a effectivement conclu à une tuméfaction post-traumatique. Néanmoins, ses confrères n'ont pas clairement défini si les douleurs

A/4335/2010 - 10/12 - ressenties par le recourant résultent ou non de l'accident du 11 décembre 2008, laissant cette question ouverte. En ce qui concerne plus particulièrement le rapport du médecin-conseil de l'intimée, sur lequel les deux parties appuient leurs raisonnements, il n'est pas suffisamment étayé et clair pour que le lien de causalité entre la rechute et l'événement accidentel ne soit pas retenu. En effet, non seulement il est contradictoire - en ce sens que le praticien conclut qu'une contusion du talon ne dure pas un an et qu'il estime « possible » qu'il s'agisse d'une rechute -, mais aussi n'est-il pas suffisamment complet pour que la Cour de céans lui reconnaisse une valeur probante. Il s'ensuit que les rapports médicaux qui figurent au dossier n'emportent pas la conviction de la Cour, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur le défaut d'un lien de causalité

naturelle et adéquate entre l'accident et la rechute annoncée par le recourant le 12 décembre 2009.

#### **E. 12**

La jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : 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 la 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. 13**

Pour l'ensemble des motifs développés ci-dessus, la Cour de céans considère qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'elle effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise orthopédique, confiée à un expert indépendant. A l'issue de cette mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimée de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations d'assurance.

#### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise dans le sens des considérants. Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la Cour fixe en l'espèce à 1'250 fr. (art. 89H al. 3 LPA ; art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA).

A/4335/2010 - 11/12 -

A/4335/2010 - 12/12 - 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.