

GE_GERICHTE ATAS/638/2008 vom 29. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_638_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/638/2008 du 29 mai 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/638/2008 del 29 maggio 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) 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 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 31 juillet 2007 a été reçue par le recourant le 2 août 2007 et le délai a commencé à courir le 16 août 2007 (art. 38 al. 4 let. b LPGA) de sorte que le recours du 14 septembre 2007 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 15 août 2002 en raison d'une maladie professionnelle.

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. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un

A/3471/2007 - 9/15 - accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir

en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase). La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

E. 6

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. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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 138 consid. 3a et les références). 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 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

E. 7

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 du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et

A/3471/2007 - 10/15 - 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. 8

A titre préalable, il y a lieu de rappeler que, par communication du 28 mars 2003, l'intimée a accepté de prendre en charge, du 4 mars au 14 août 2002, l'allergie au ciment en tant que maladie professionnelle et que, par décision du 9 avril 2003, elle a déclaré le recourant inapte à tous travaux au contact du ciment, des composés du chrome, de la colophane et des additifs du caoutchouc avec effet rétroactif au 15 août 2002, en réservant son droit à des prestations financières. Elle a mis un

A/3471/2007 - 11/15 - terme au paiement de l'indemnité journalière dès le 15 août 2002 au motif que, dès cette date, le recourant présentait une incapacité de travail en relation avec une hernie inguinale étrangère à la maladie professionnelle assurée. En définitive, la maladie professionnelle admise par l'intimée est un eczéma de contact touchant principalement les mains et les pieds dans le cadre de l'activité de maçon, étant précisé que le Dr B _____ a retenu ce diagnostic au regard de la vraisemblance prépondérante, malgré des rapports médicaux succincts et les renseignements relativement sommaires donnés par le recourant. Dans la présente procédure, le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 15 août 2002 au motif que l'eczéma des pieds ainsi que la dermique sébor- rhéique faciale sont des maladies professionnelles et que son invalidité est surtout due à son allergie. Il allègue que cette dernière l'empêche de reprendre une activité dans le secteur du bâtiment de sorte que le salaire qu'il pourrait obtenir dans une activité adaptée est moins élevé que le salaire qu'il recevait en tant que maçon. Pour sa part, l'intimée soutient qu'il n'est pas établi que l'eczéma dyshydrosique des pieds ainsi que la dermique séborrhéique faciale soient des maladies professionnelles et que l'eczéma des mains qui a complètement disparu en 2005, n'est pas une maladie professionnelle, mais une prédisposition. De plus, elle considère que l'invalidité n'est pas due aux allergies mais à des troubles musculo- squelettiques. Par conséquent, il y a lieu d'examiner si, au-delà du 14 août 2002, les diagnostics posés en matière de troubles dermatologiques justifient une

incapacité de travail, respectivement une incapacité résiduelle de travail dans une activité adaptée ou une diminution de revenu dans une nouvelle activité.

E. 9

Dans son rapport d'expertise du 24 mars 2006, le Dr I_____ a diagnostiqué un eczéma dyshidrosique des pieds et une dermite séborrhéique faciale. Lors de son examen clinique, il a constaté, au niveau des pieds, la présence d'un eczéma dyshidrosique modéré touchant la partie centrale de la voûte plantaire ainsi que la face latérale interne du pied, au niveau du visage, la présence de lésions érythémateux-squameuses discrètes de la racine des sourcils ainsi que de la bordure du scalp et la présence d'un léger eczéma séborrhéique du cuir chevelu. Il a exposé que le patient avait présenté pour la première fois, en 1997, des lésions eczématiformes aux mains et que les tests cutanés effectués en 1999 s'étaient révélés positifs pour le chrome, la colophane, le latex et la paraphénylènediamine. Il a fait état d'une aggravation en 2002 qui a conduit à la décision d'inaptitude de la SUVA du 9 avril 2003 avec effet rétroactif au 15 août 2002, puis de divers traitements, notamment à base de corticostéroïdes, enfin, en 2005, de la disparition complète des lésions localisées au niveau des mains. Concernant l'eczéma dyshidrosique des pieds, il a indiqué une origine soit totalement idiopathique, soit liée à la présence d'un allergène de contact au niveau des chaussures tel que le chrome dans les cuirs ou le caoutchouc, alors que, s'agissant du diagnostic de

A/3471/2007 - 12/15 - dermite séborrhéique, il a mentionné une affection bénigne récidivante dont les fluctuations sont dépendantes du climat, du stress ou de douleurs chroniques. Il a préconisé de pratiquer des tests cutanés avec les ingrédients des chaussures personnelles du patient. Il a conclu, sur un plan théorique, à la capacité du recourant à entreprendre une activité professionnelle évitant tout contact avec les allergènes positifs et tout travail en milieu humide avec des irritants telle qu'une activité de surveillance, un travail dans la vente, une activité de rangement dans des entrepôts. En revanche, en pratique, il a estimé que la limitation principale à toute reprise d'activité était due aux troubles musculo-squelettiques présents depuis l'automne 2002. Puis, dans son complément d'expertise du 23 juin 2006, il a indiqué que les tests complémentaires effectués vis-à-vis de huit types de chaussures ou constituants de chaussures amenés par le patient s'étaient avérés négatifs. Après avoir procédé à une anamnèse et à un examen clinique, le Dr I_____ a établi son rapport d'expertise au terme d'une analyse exhaustive du dossier, en se basant sur les diverses appréciations médicales y figurant. Les explications qu'il a données sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour évaluer la situation du recourant. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur l'étiologie des affections dermatologiques et sur la capacité de travail résiduelle. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes en tant qu'elles ne sont contredites par aucune pièce du dossier médical. Par conséquent, son rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence). Contrairement à ce qu'allègue le recourant, le rapport d'expertise de la Dresse H_____, rédigé le 18 février 2005, ne permet pas de douter de la valeur probante de l'expertise du Dr I_____ dès lors qu'il est antérieur à celle-ci et qu'il émane d'une rhumatologue qui n'a pu que constater l'existence de troubles dermatologiques, sans poser valablement de diagnostic sur le plan dermatologique, ni débattre du lien de causalité entre les troubles constatés et l'eczéma de contact, faute d'avoir fait procéder à des tests cutanés de sensibilité. Il ressort des conclusions de l'expert que le

recourant ne présente plus d'eczéma aux mains, que l'eczéma aux pieds n'est pas dû à un allergène de contact et que la dermatite séborrhéique faciale est sujette à des variations dépendant du climat, du stress ou de douleurs chroniques, enfin, que le recourant ne présente aucune incapacité de travail dans une activité adaptée. En revanche, contrairement à ce qu'allègue ce dernier, l'expert ne prétend nullement que l'eczéma des pieds et du visage serait dû exclusivement à la profession exercée. Concernant l'eczéma plantaire, il considère que son origine est soit totalement idiopathique, à savoir indépendante de tout autre état morbide, soit liée à la présence d'un allergène de contact au niveau des chaussures. Or, la négativité des tests complémentaires cutanés exclut le lien avec un allergène de contact ce qui, ainsi que le relève le Dr

A/3471/2007 - 13/15 - B_____ dans son rapport du 11 juillet 2006, ne permet pas de considérer cette dermatose comme une séquelle tardive de l'eczéma de contact assuré en tant que maladie professionnelle. Quant à l'eczéma facial, l'expert précise qu'il s'agit d'une dermatite séborrhéique dont les fluctuations dépendent du climat, du stress ou de douleurs chroniques, donc sans rapport avec l'eczéma de contact assuré ainsi que le confirme le Dr B_____ dans son rapport du 11 avril 2006. Par conséquent, il faut retenir que l'eczéma de contact aux mains est stabilisé et que l'eczéma dyshidrosique des pieds ainsi que la dermatite séborrhéique faciale ne sont pas des séquelles tardives de la maladie professionnelle de sorte que ces deux dernières affections n'engagent pas la responsabilité de l'assureur-accidents.

E. 10

Il est établi que la perte de gain subie par le recourant a été indemnisée par l'intimée du 4 mars au 14 août 2002. Par conséquent, il reste à examiner si l'eczéma de contact aux mains a entraîné une incapacité de travail entre le 15 août 2002 et l'examen par le Dr I_____. Selon le rapport du Dr C_____ du 22 janvier 2003 et celui du Dr D_____ du 4 septembre 2003, le recourant a présenté une incapacité de travail entière du

E. 15

août au 15 septembre 2002 en relation avec une hernie inguinale opérée en août 2002, puis, dès le 20 septembre 2002, en raison de lombalgies sur lombarthrose et de douleurs progressives de l'épaule droite apparues en mai 2002 (bursite sous-acromiale et conflit acromio-claviculaire). D'après le Dr I_____, la limitation principale dans toute reprise d'activité est liée à ce problème de douleurs chroniques apparues de manière concomitante avec l'arrêt de l'activité professionnelle dans le bâtiment. Cet avis est corroboré par les constatations faites par le Dr B_____ dans son rapport du 21 mai 2003 ainsi que par les déclarations du recourant à l'inspecteur de la SUVA, le 25 novembre 2003, précisant qu'il avait été en arrêt de travail à 100 % depuis le 23 avril 2002 en raison de son épaule droite et de ses problèmes de dos. Or, selon la décision sur opposition de l'intimée du 8 avril 2004, qui est entrée en force, ces troubles musculo-squelettiques ne peuvent pas être admis en tant que maladie professionnelle de sorte que l'incapacité de travail y relative n'est pas à la charge de la SUVA. 11. La question de savoir, si l'hypersensibilité vis-à-vis de certaines substances doit être considérée comme une prédisposition à une maladie et, dès lors, ne constitue pas une maladie professionnelle (cf. RUMO-JUNGO, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3e édition, Zurich 2003, p. 84), ou si la sensibilisation elle-même est une maladie professionnelle parce que les anticorps représentent une modification secondaire de la santé après un contact avec les antigènes (OMLIN, Die Invalidität in der

obligatorischen Unfallversicherung, Fribourg 1995, p. 54) peut rester non résolue car, même en admettant qu'il s'agit d'une atteinte à la santé, elle n'a pas eu d'incidence sur la capacité résiduelle de travail du recourant (ATFA non publié du 26 novembre 2003, U 158/03, consid. 2.2), ni sur son invalidité ainsi que cela ressort du développement ci-dessous.

A/3471/2007 - 14/15 - Il n'est pas contesté que les troubles musculo-squelettiques sont apparus en mai 2002, en revanche, la chronologie de l'incapacité de travail qu'ils ont entraînée est sujette à des versions divergentes. A cet égard, le recourant a déclaré, le 25 novembre 2003, que ces troubles avaient entraîné une incapacité de travail entière dès le 23 avril 2002, alors que le Dr C_____, dans son rapport du 22 janvier 2003, a mentionné un traitement à ce sujet du 20 septembre 2002 au début 2003. Bien que ces indications divergentes ne permettent pas d'établir l'ordre de succession des risques, il n'est pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire sur cette question. En effet, malgré la décision de la SUVA qui l'a déclaré inapte dès le 15 août 2002 à tous travaux au contact du ciment, des composés du chrome, de la colophane et des additifs du caoutchouc, le recourant n'a pas eu à changer de profession dès lors que, dès cette date, il a été incapable de travailler en raison d'abord d'une hernie inguinale jusqu'au 15 septembre 2002, puis de troubles musculo-squelettiques ; cette incapacité est semble-t-il devenue définitive. Par conséquent, force est de constater que, dès la fin de l'incapacité de travail liée à la maladie professionnelle et en raison de troubles qui n'engagent pas la responsabilité de l'intimée, le recourant n'a pas pu reprendre une activité professionnelle, respectivement changer de profession. Partant, qu'il n'a jamais eu à subir ni pratiquement, ni abstraitement, une diminution de salaire en raison de son affection dermatologique de sorte qu'il ne peut pas prétendre que c'est en raison de la maladie professionnelle assurée, qu'il subit une perte de gain. Etant donné que l'inactivité du recourant ne peut pas être attribuée à la décision d'inaptitude de l'intimée, elle n'est pas une séquelle de la maladie professionnelle assurée mais est due à des troubles non assurés. Par conséquent, c'est à juste titre que la SUVA n'a pas examiné si le revenu que l'assuré pourrait obtenir dans une activité adaptée à son état de santé est plus modeste que celui qu'il obtenait dans sa profession de maçon. 12. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3471/2007 - 15/15 -

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