

GE_GERICHTE ATAS/660/2017 vom 25. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_660_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/660/2017 du 25 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/660/2017 del 25 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

a. 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents confirmant le refus des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Déposé le vendredi 25 octobre 2016 contre une décision sur opposition rendue le 26 septembre 2016, reçue le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

Il n'est pas contesté que la recourante a eu un accident le 9 mars 2015 lorsque, faisant du jogging, elle a trébuché et est tombée en avant et s'est appuyée sur sa main gauche pour amortir sa chute. Ainsi que l'intimé l'a indiqué dans sa réponse au recours, le litige porte uniquement sur la question de savoir si le kyste arthrosynovial dorsal du poignet gauche de la recourante représente une conséquence de cet accident. Il est vrai que l'intimé paraît avoir accepté la prise en charge, en sa qualité d'assureur-accidents, des frais liés au traitement conservateur dudit kyste, en particulier aux infiltrations que le Dr C_____ a pratiquées pour éliminer ce kyste,

A/3651/2016 - 7/12 - sans succès. L'acceptation de prendre en charge les suites dudit accident, telle que l'intimé l'a communiquée au Centre médical du médecin traitant de la recourante par courrier du 10 décembre 2015, ne pouvait cependant être considérée comme incluant tout traitement ultérieur et en particulier une excision dudit kyste par la voie d'une intervention chirurgicale, indépendamment du point de savoir si ce kyste se trouvait vraiment dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec ledit accident. L'intimé a d'ailleurs fait savoir que la question restait ouverte, sitôt qu'il a appris qu'une telle intervention était prévue, avant même que celle-ci ne soit effectuée. La décision attaquée ne représente pas une décision de révision ou de reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA. En tout état, la question ne se pose pas, en l'espèce, à teneur de la décision attaquée définissant

l'objet possible du recours, de savoir si, en cas de rejet du recours, l'intimé entendrait et serait en droit de réclamer la restitution, à la recourante ou à son assurance-maladie, desdits frais liés au traitement conservateur du kyste considéré.

E. 3

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 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). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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, voulant qu'en matière d'assurances sociales les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables (ATF 130

A/3651/2016 - 8/12 - III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 126 V 319 consid. 5a ; 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Demeure toutefois réservé le cas des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 3 aOLAA), qui le sont – et le restent – tant que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_381/2014 du 11 juin 2015 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2). 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 ; 125 V 456 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 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). d. En vertu de l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). e. En l'espèce, le kyste arthrosynovial dorsal du poignet gauche de la recourante n'est pas une lésion assimilée à un accident, que ce soit par l'art. 6 al. 2 LAA depuis le 1er janvier 2017 (disposition qui serait inapplicable dans le cas d'espèce, remontant à une période antérieure à cette date ; RO 2016 4375 ; FF 2008 4877, 2014 7691), ou par l'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents,

A/3651/2016 - 9/12 - du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), ayant été abrogé dès la date précitée (RO 2016 4393). Par ailleurs, il ne s'agit pas d'une rechute, dans la mesure où les infiltrations effectuées n'apparaissent avoir produit une guérison même temporaire dudit kyste. Au demeurant, la question n'en serait pas moins la même, en cas de rechute, de savoir si ce kyste, ayant nécessité (ce qui n'est pas contesté non plus) l'excision pratiquée, devait ou non être rattaché à l'accident du 9 mars 2015.

E. 4

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. 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. À 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, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier

certain types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c/aa. 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. Étant

A/3651/2016 - 10/12 - 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). c/bb. 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 suffisants 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 ; il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). c/cc. Une appréciation médicale, respectivement 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). c/dd. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 5

a. En l'espèce, il n'est pas déterminant que le médecin d'arrondissement de l'intimé s'est prononcé sur la base d'un dossier ayant été complété après la prise de sa décision initiale. Il doit par ailleurs être relevé que ledit médecin est un spécialiste de la discipline médicale pertinente pour le cas d'espèce, à savoir la chirurgie orthopédique, qualité que son lien avec l'intimé ne discrédite nullement. b. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Or, l'argument principal soulevé par la recourante à l'appui de sa prétention à la prise en charge par l'intimé du traitement, par excision, de son kyste considéré est

A/3651/2016 - 11/12 - précisément qu'avant son accident elle n'avait jamais constaté la présence de ce kyste. Ni elle ni son médecin traitant, le Dr C_____, n'expliquent, au-delà de la simple affirmation fondée sur la chronologie des événements, que cet accident a provoqué ce kyste. Ledit médecin a d'ailleurs fini par concéder qu'il n'était pas exclu que ledit kyste ait pu déjà être présent mais asymptomatique lors de l'accident. c. Le Dr D_____ a expliqué, sans être contredit de façon un tant soit peu convaincante (même par le Dr C_____), qu'en l'état actuel des connaissances médicales, un tel kyste représentait une pathologie cellulaire, correspondant à une dégénérescence. La chambre de céans ne voit pas de motif d'écarter cette explication, que ledit médecin a toute compétence de formuler. Il ne se justifie, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), d'exiger de l'intimé ou d'effectuer un complément d'instruction, en particulier d'ordonner une expertise médicale. d. La chambre de céans retient, sur la base des indications fournies par le Dr D_____, non contredites de façon pertinente, que s'il n'est pas impossible qu'un accident produise un tel kyste, il n'est pas établi que tel est probablement le cas, ni de façon générale ni dans le cas particulier. L'intimé était ainsi en droit de rendre la décision attaquée.

E. 6

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 7

La procédure est gratuite, la recourante n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA). Vu l'issue du recours, la recourante n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

* * * * *

A/3651/2016 - 12/12 - 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.