

# **GE\_GERICHTE ATAS/685/2021 vom 28. Juni 2021**

GE Cour de justice, 2021-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_685\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_685_2021)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/685/2021 du 28 juin 2021

IT: GE\_GERICHTE ATAS/685/2021 del 28 giugno 2021

## **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 - 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. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours du 21 mars 2019 contre la décision sur opposition du 18 février 2019 est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents à compter du 1er novembre 2017, singulièrement, sur la question de savoir si tout ou partie de ses troubles doivent ou non être qualifiés de maladie professionnelle.

### **E. 5**

a. L'art. 6 al. 1 LAA dispose que les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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. Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux ; le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Aux termes de l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA sont énumérées à l'annexe. Se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a dressé à l'annexe I de l'OLAA (mise à jour

selon le ch. I de l'ordonnance du 21 février 2018, en vigueur depuis le 1er avril 2018) la liste des substances nocives, d'une part, et la liste de certaines affections, ainsi que des travaux qui les provoquent, d'autres part.

A/1162/2019 - 18/26 - Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci, sont énumérés de manière exhaustive (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 4.2 et la référence). La reconnaissance d'une maladie professionnelle suppose un lien de causalité qualifié entre l'influence de l'agent nocif et l'affection. Il ne suffit donc pas que l'agent soit une cause parmi d'autres de celle-ci. C'est pourquoi la seule exposition à une substance nocive ne saurait présumer l'existence d'un lien de causalité entre celle-ci et l'affection, et encore moins établir l'exigence d'une relation prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_155/2020 du 1er avril 2020 et 8C\_306/2014 du 27 mars 2015 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante requise par l'art. 9 al. 1 LAA est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action d'une substance nocive mentionnée à l'annexe 1 de l'OLAA (ATF 133 V 421 consid. 4.1 et les références). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a déjà jugé qu'un carcinome des bronches (cancer du poumon) peut survenir à cause de l'amiante, mais qu'il existe également de nombreuses autres causes possibles. Partant, le diagnostic en tant que tel ne permet pas de répondre de manière fiable à la question de savoir si la maladie a été causée de manière prépondérante par la substance nocive et doit donc être considérée comme une maladie professionnelle. Au contraire, des éléments supplémentaires doivent être pris en compte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_762/2008 du 7 mai 2009 consid. 5.2). Ainsi, des conditions plus strictes sont imposées à la preuve de la causalité professionnelle dans le cas de maladies qui surviennent fréquemment même sans exposition à une substance toxique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_67/2010 du 8 juin 2010 consid. 4.1). c. Conformément à l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 183 consid. 2b ; ATF 119 V 200 consid. 2b et la référence). Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux que compte la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5c ; RAMA 2000 n° U 408 p. 407 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_73/2017 du 6 juillet 2017 consid. 2.2, publié in : SVR 2017 UV n° 46 p. 158). d. En application de l'art. 9 al. 3 LAA, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée, soit dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler.

A/1162/2019 - 19/26 -

## **E. 6**

a. 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 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). 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 LPGA), 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 (anamnèse), 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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 certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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 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). 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 est

A/1162/2019 - 20/26 - généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

## **E. 7**

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en

œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 8**

a. En l'espèce, la chambre rappelle au préalable qu'il n'est pas contesté que le recourant a été en contact, dans le cadre de son activité professionnelle pour l'entreprise, avec plusieurs substances nocives figurant dans la liste de l'annexe 1 OLAA, dont l'acétate d'amyle, l'acétone, l'acétylène, l'acide acétique, l'aldéhyde acétique, ou encore le phénol, de sorte que le cas doit être examiné en application de l'art. 9 al. 1 OLAA. Conformément à la jurisprudence, il s'agit donc de déterminer si les symptômes présentés par l'intéressé sont dus pour plus de 50% à l'action des substances nocives auxquelles il a été exposé. b. Elle observe ensuite que les divers rapports médicaux produits ne font pas état d'une maladie spécifique, mais attestent d'un ensemble de symptômes

A/1162/2019 - 21/26 - incapacitants, en particulier des migraines et des céphalées d'intensité variable, parfois accompagnées de nausées, de vomissements ou encore de phono - photophobie. Une telle symptomatologie n'est pas spécifiquement due à une intoxication et peut accompagner de multiples autres affections et diverses pathologies habituelles. En outre, les céphalées chroniques sont fréquentes dans la population. Partant, dès lors que ces troubles surviennent fréquemment même sans exposition à une substance toxique, des conditions plus strictes sont imposées à la preuve de la causalité professionnelle.

## **E. 9**

La décision litigieuse du 18 février 2019 est fondée sur les différentes appréciations de la Dresse D\_\_\_\_\_, dont il convient d'examiner la valeur probante.

## **E. 10**

a. La chambre de céans constate que les rapports de la médecin du travail, laquelle a reconnu certaines inexactitudes qualifiées de simples erreurs de rédaction (confusions entre le secteur des arômes et celui des parfums, entre le nom de l'entreprise et celui de l'un de ses concurrents), sont imprécis, voire incorrects, sur de nombreux autres points pourtant importants. b. À titre d'exemples, concernant la visite en entreprise, la Dresse D\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué depuis quand existaient les « nouvelles installations » et « modifications » constatées en janvier 2018, ni les raisons pour lesquelles ces changements avaient été opérés. Ces informations sont pourtant primordiales au vu des nombreux manquements cités par le recourant. En l'état, on ignore donc si les infrastructures observées en janvier 2018 existaient déjà au mois de mars 2017, soit au début de l'incapacité de travail du recourant qui a été annoncée à l'intimée en novembre 2017. On pourra également relever que la Dresse D\_\_\_\_\_ a noté que le recourant avait toujours travaillé sur le site de E\_\_\_\_\_ et intervenait dans le nouveau bâtiment « F\_\_\_\_\_ » « depuis sa construction ».

Or, le médecin traitant et le médecin d'entreprise ont clairement mentionné que l'intéressé avait été déplacé à l'interne et était retourné dans l'ancienne usine en juin 2015 suite à ses plaintes (cf. rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 5 décembre 2017 et 5 février 2018, rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du

**E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant retournée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

A/1162/2019 - 25/26 -

**E. 15**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera allouée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

**E. 16**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1162/2019 - 26/26 -

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.