

GE_GERICHTE ATAS/730/2008 vom 17. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_730_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/730/2008 du 17 juin 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/730/2008 del 17 giugno 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) qui sont 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, sur le plan matériel, le cas d'espèce 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 13 décembre 2007 a été reçue par le recourant le lendemain et le délai a commencé à courir le 15 décembre 2007 (art. 38 al. 1 LPGA), puis a été interrompu du 18 décembre 2007 au 2 janvier 2008 (art. 38 al. 4 let. c LPGA) de sorte que le recours du 14 janvier 2008 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

A/105/2008 - 7/14 -

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident assuré.

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 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).

E. 6

Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital; celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte et s'apprécie d'après les constatations médicales (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (ATF 113 V 218 consid. 4).

E. 7

Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

E. 8

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. 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

A/105/2008 - 8/14 - 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). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). 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. 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2). 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 137 consid. 3a p. 138 et les références). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATFA du 14 février 2006, déjà cité, consid. 3.3).

E. 9

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 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, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et

A/105/2008 - 10/14 - 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. 10

Le recourant soutient qu'il a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents au moins du même taux que celui reconnu par l'assurance-invalidité, soit de 14.4 %. Par ailleurs, il allègue que ses troubles actuels sont des séquelles de ses opérations et conteste l'évaluation du lien de causalité faite par le Dr O _____ au motif que ce dernier n'aurait pas tenu compte de divers rapports médicaux. Pour sa part, en se basant sur les rapports de son médecin d'arrondissement, l'intimée nie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles dont souffre le recourant et l'accident, respectivement les deux opérations. En premier lieu, il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité entre l'accident survenu le 17 juillet 2002, respectivement les opérations, et les troubles dont souffre le recourant au niveau du poignet et du coude à droite. Dans son rapport du 7 août 2007, le Dr O _____ a pris en considération les plaintes du patient faisant état de douleurs chroniques au niveau du coude avec fourmis et engourdissement du pouce, de l'index et du médius à droite, d'une fatigue du bras, de l'impossibilité de lever le bras et de porter ainsi que de brusques accès de blocage du membre supérieur droit. Puis, il a procédé à une anamnèse et à un examen clinique lors duquel il a constaté une mobilité articulaire identique des deux membres supérieurs avec, toutefois, une diminution de force de 35 kilos à droite. Il expose qu'en juin 2003, l'assuré a subi une libération du nerf cubital au niveau du coude droit et du tunnel de Guyon (poignet) ainsi qu'une transposition du nerf cubital au niveau du coude afin de traiter des paresthésies de la main droite dans les suites opératoires après bursite du coude. Il note que les examens neurologiques pratiqués en 2002 ainsi qu'en 2004 n'ont pas révélé de pathologie électrographique du nerf cubital au coude et que l'opération de juin 2003 a été décidée sur la base de critères cliniques dont il n'a pas

connaissance. Il conclut à l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 11 juillet 2002 au motif, d'une part, que ce dernier a provoqué une bursite du coude qui est guérie, d'autre part, qu'il n'y a pas eu de complication de la neurolyse pratiquée le 19 juin 2003 puisque l'électroneuromyographie réalisée en 2004 était normale pour le nerf cubital et qu'actuellement il n'y a pas de pathologie clinique

A/105/2008 - 11/14 - dudit nerf. En outre, il considère que l'éventuelle pathologie du nerf cubital droit au canal de Guyon ainsi que l'éventuel syndrome du tunnel carpien droit frustré ne sont pas davantage en rapport de causalité naturelle avec l'accident car celui-ci n'a pas provoqué de blessure au poignet et que les symptômes sont apparus plus d'un an après l'accident. Il relève que les troubles dont souffre le recourant, à savoir un manque de force intermittent du membre supérieur droit et des blocages du coude en extension, ne peuvent pas être expliqués par une conséquence observable de l'accident. Puis, dans son rapport du 11 février 2008, le Dr O_____ explique qu'une lésion nerveuse au coude provoque une symptomatologie qui peut être constatée dans la région distale par rapport à la lésion, dans le territoire innervé par le nerf contusionné. Il précise qu'une contusion sur la face postérieure du coude ne peut pas provoquer une lésion du nerf médian qui passe au niveau de la face antérieure du coude et ne peut donc pas être atteint par une contusion à la face postérieure du coude. De plus, il relève que le mécanisme lésionnel est un traumatisme direct sur le nerf et qu'une atteinte du nerf médian au niveau du poignet ne peut donc être provoquée que par un traumatisme au poignet. Il estime peu vraisemblable qu'une atteinte au niveau du poignet ou de la main ait passé inaperçue car seule une atteinte traumatique importante est en mesure de provoquer des lésions neurologiques (fractures, contusions importantes, plaies perforantes). En outre, il admet qu'il est possible de ne pas observer immédiatement toutes les lésions présentes chez un polytraumatisé ayant subi des lésions menaçant sa vie ce qui n'était pas le cas du recourant. Enfin, il considère que les troubles dont souffre le recourant ne sont pas en rapport de causalité avec les opérations. Il motive son appréciation en expliquant que le traitement de la bursite est une intervention chirurgicale nécessitant une incision cutanée qui ne touche donc pas l'articulation du coude et que la neurolyse du nerf cubital n'a provoqué aucune pathologie motrice puisque d'éventuelles lésions neurologiques auraient été mises en évidence par l'électroneuromyographie post-opératoire qui, toutefois, s'est révélée négative. Ce faisant, il explique pourquoi il considère que les conséquences délétères de l'accident sont éliminées et pourquoi les troubles actuels ne sont pas imputables aux deux opérations. Ces explications quant à l'appréciation du lien de causalité naturelle sont claires et convaincantes. En effet, il n'est pas vraisemblable que la bursectomie pratiquée le 10 septembre 2002, qui n'a pas touché l'articulation du coude mais a consisté en une simple incision cutanée, ait pu provoquer des paresthésies palmaires de la main droite, une gêne cicatricielle permanente, une hypoesthésie péri-cicatricielle, une fatigabilité à l'effort, une maladresse et un manque de force à la main droite. Par ailleurs, l'examen neurologique pratiqué le 24 septembre 2004, après l'opération du 19 juin 2003, n'a pas révélé de séquelles au niveau du nerf cubital qui seul a pu être lésé par l'accident ayant touché le coude droit ce qui confirme que les conséquences délétères de l'accident assuré sont en tout cas éliminées depuis cet examen neurologique. De plus, l'expertise a été

A/105/2008 - 12/14 - réalisée sur la base d'un examen du recourant, de l'étude du dossier assécurologique et radiologique, des plaintes exprimées par le recourant ainsi que d'une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et actuelle. En outre, le dossier radiologique a

encore été actualisé par de nouvelles radiographies du coude droit, le 27 juillet 2007, qui n'ont révélé aucune lésion osseuse, aucune calcification pathologique, aucun épanchement articulaire. Par conséquent, elle remplit les divers critères permettant de lui reconnaître une pleine force probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/bb). Le recourant conteste les conclusions du Dr O_____ en se référant à divers rapports médicaux, principalement au protocole opératoire du 20 juin 2003 qui établirait le lien de causalité entre ses troubles et les interventions chirurgicales, mais également aux rapports du Dr Q_____ des 8 novembre 2002 et 24 septembre 2004 ainsi qu'à celui du Dr R_____ du 1er juillet 2005. Il est exact que, dans son protocole opératoire du 20 juin 2003, le Dr N_____ mentionne que les suites opératoires de la bursectomie du 10 septembre 2002 ont été marquées par la survenue de paresthésies palmaires de la main droite, d'une gêne cicatricielle permanente, d'une hypoesthésie péri-cicatricielle, d'une fatigabilité à l'effort, d'une maladresse et d'un manque de force à la main droite. Cette description permet de constater que les troubles actuels du recourant étaient déjà invoqués à la suite de la première opération de 2002 et ne sont donc en tout cas pas séquellaires à l'intervention chirurgicale du 19 juin 2003. Il est tout aussi exact que, dans son rapport du 8 novembre 2002, le Dr Q_____ indique qu'après l'opération du 18 septembre 2002, il persiste toujours des douleurs au coude et que la tentative de reprise du travail à 50%, le 4 octobre 2002, s'est soldée par un échec à cause de l'apparition de paresthésies de toute la main droite, de douleurs du coude et d'impression de faiblesse de la main droite. Toutefois, contrairement à ce qu'allègue le recourant, ces descriptions ne signifient pas encore que ces troubles sont en rapport de causalité naturelle avec ladite bursectomie. En effet, d'une part, le Dr Q_____ semble indiquer, dans son rapport, que ces troubles sont apparus, le 4 octobre 2002, lors d'une tentative de reprise du travail et, d'autre part, ces médecins se bornent à décrire l'évolution de l'état de santé du patient, sans examiner précisément la question du lien de causalité entre lesdits troubles et la bursectomie du 10 septembre 2002. De plus, le rapport du Dr R_____, reçu par l'assurance-invalidité le 27 septembre 2005, ne fait que répéter les diagnostics déjà posés par le Dr N_____ en précisant qu'il n'est en possession d'aucune expertise, d'aucun document du suivi hospitalier de sorte qu'on ne voit pas en quoi il pourrait attester l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du recourant et les interventions chirurgicales. En réalité, le recourant allègue que ses troubles ont été provoqués par l'opération du 10 septembre 2002, puisqu'il n'en souffrait pas auparavant et qu'ils sont apparus après celle-ci. Ce faisant, il raisonne en fonction de la chronologie des événements et non pas des

A/105/2008 - 13/14 - considérations médicales objectives. Par conséquent, il invoque le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En effet, lorsque des symptômes douloureux se sont manifestés après une opération, 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 (ATFA non publié du 31 octobre 2005, M 3/04, consid. 3). Or, selon les précisions données par le Dr N_____ dans son protocole opératoire du 20 juin 2003, les troubles du recourant étaient déjà invoqués à la suite de l'opération du 10 septembre 2002 et, d'après les explications convaincantes du Dr O_____, il n'est pas vraisemblable que la bursectomie, qui est une intervention chirurgicale sous-cutanée banale ne touchant pas l'articulation du coude, ait pu provoquer de tels troubles. Force est de constater qu'aucun de ces médecins ne s'est prononcé sur le lien de causalité entre les troubles actuels du

recourant et l'accident, respectivement les opérations, à l'exception du Dr O _____ ainsi que du Dr N _____. En effet, dans son rapport du 28 août 2003, ce dernier précise que le développement de la compression du nerf médian au tunnel carpien est dû à des circonstances sans rapport avec l'accident. Par conséquent, ces divers rapports ne sont pas susceptibles de mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions du Dr O _____. Etant donné qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels du recourant et l'accident, il n'est pas nécessaire de trancher la question du lien de causalité adéquate (ATFA non publié du 2 décembre 2003, U 316/02, consid. 3.4).

E. 11

Le recourant conclut subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 27 mars 2008, 8C_659/2007, consid. 3.2). En l'espèce, la situation médicale du recourant est claire et ne réclame pas davantage d'investigations. En effet, aucune pièce médicale ne rend plausible que les troubles actuels du recourant sont susceptibles d'être en rapport de causalité naturelle avec l'accident ou les deux interventions chirurgicales. En conséquence, sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale doit être rejetée.

E. 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/105/2008 - 14/14 -

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