

GE_GERICHTE ATAS/750/2008 vom 25. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_750_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/750/2008 du 25 juin 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/750/2008 del 25 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'art. 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

a) En vertu de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Aux termes de l'art. 40 al. 1 LPGA, le délai légal ne peut pas être prolongé. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATFA non publié du 2 mars 2000, C 387/99; consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (cf. ATF 105 III 46 consid. 3; DTA 2000 n° 25 p. 121 consid. 1b, ATFA non publié du 21 janvier 2003, C 6/02, consid. 3.2). b) En l'espèce, l'intimée est dans l'impossibilité d'établir la date de distribution de la décision dont est recours. Partant, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du recourant, respectivement de son mandataire, selon lequel il l'a reçue le 12 novembre 2007. Il convient ainsi de constater que le recours déposé le 11 décembre 2007 a été interjeté dans le délai légal de 30 jours. Il respecte également la forme

A/4906/2007 - 8/12 - prescrite par la loi (art. 61 LPGA et art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985). Par conséquent, il est recevable.

E. 3

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la laminectomie cervicale pratiquée par le Dr H_____ est à la charge de l'assurance-accidents obligatoire.

E. 4

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur 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). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant 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). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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

A/4906/2007 - 9/12 - existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

E. 5

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 352 consid. 3a). L'autorité

administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

E. 6

En l'espèce, il n'est pas contesté que le canal rachidien rétréci au niveau cervical, sous forme d'une arthrose pluriétagée, est préexistant à l'accident, mais qu'il était asymptomatique avant celui-ci. Les médecins ont également constaté que le syndrome médullaire aigu était une conséquence de l'accident et qu'il a décompensé un état antérieur. L'expert et les autres médecins consultés admettent ainsi un lien de causalité entre les douleurs neuropathiques et l'accident. Par ailleurs, il ressort de l'expertise du Dr E_____ qu'un nouveau traumatisme pourrait occasionner une tétraplégie. Une laminectomie pourrait prévenir une telle conséquence. La Dresse C_____ a en outre considéré, dans son rapport du 12

A/4906/2007 - 10/12 - février 2007, qu'un certain degré de compression subsistait probablement qui justifiera éventuellement une intervention chirurgicale de décompression. Cela étant, il convient de constater que l'accident a provoqué une fragilisation importante de la colonne cervicale. Cette fragilisation doit être considérée comme une atteinte supplémentaire au canal rachidien rétréci et distinguée de celui-ci. Par ailleurs, si le recourant était certes déjà fragilisé avant son accident du fait du rétrécissement du canal rachidien, il ne l'était pas dans cette mesure. En effet, les conséquences d'un nouveau choc, voire d'un accident similaire à celui qui s'est produit, pourraient être beaucoup plus préjudiciables qu'auparavant, le recourant risquant maintenant une tétraplégie selon l'expert. Un lien de causalité naturelle est par conséquent également à admettre entre cette fragilisation et l'accident.

E. 7

Au vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'opération litigieuse doit être considérée comme un traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Selon l'art. 10 al. 1 let. c LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, soit notamment au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 44 consid. 2c; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références). Le traitement médical n'est pas seulement limité aux mesures destinées au rétablissement, mais comprend toutes les mesures qui visent à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Le but du traitement médical est d'éliminer de la manière la plus complète que possible les atteintes à la santé physique ou psychique

(ATF 121 V 306 consid. 5 b page 305 s.). Même les mesures coûteuses doivent être prises en charge, lorsqu'il n'y pas d'autre méthodes de traitement plus économiques et que le coût de la mesure est acceptable en vertu du principe de la proportionnalité (ATF 114 V 265 consid. 4 c/cc). Sont également prises en charge les mesures médicales qui ont pour but l'élimination d'autres atteintes secondaires dues à l'état, notamment pour corriger les altérations externes de certaines parties du corps, pour autant qu'elles aient une certaine ampleur (ATF 121 V 121 consid. 1; Jean-Maurice Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, dans Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 1998, page 29, chiffre 61).

E. 8

En l'occurrence, en ce qui concerne les douleurs, l'expert suppose que l'intervention litigieuse n'aura éventuellement aucun effet sur les plaintes résiduelles du recourant, sans toutefois l'exclure. Il admet cependant qu'il est légitime d'envisager toutes les possibilités de traitement du syndrome douloureux chronique, y compris une intervention neurochirurgicale. Dès lors, il ne semble pas clairement établi que

A/4906/2007 - 11/12 - l'opération se justifie pour atténuer la symptomatologie douloureuse, une amélioration sensible de celle-ci paraissant relativement aléatoire. Toutefois, cette question peut rester ouverte, au vu de ce qui suit. En effet, les médecins consultés n'ont pas mis en doute que l'intervention chirurgicale effectuée rendra la colonne cervicale du recourant plus résistante à de nouveaux chocs et permettra ainsi d'éviter que ceux-ci provoquent des conséquences extrêmement graves. Il sied dès lors d'admettre que l'opération en cause permet de corriger une fragilité de l'état de santé provoquée par l'accident et de la corriger de manière sensible. Aucun des médecins n'a en outre fait état d'un traitement plus économique que la laminectomie effectuée. Partant, il y a lieu de constater que cette intervention remplit les critères de l'art. 10 al. 1 LAA.

E. 9

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'intimée est tenue de prendre en charge les frais médicaux relatifs à l'intervention chirurgicale, dans les limites prescrites par la LAA, ainsi que les indemnités journalières pendant l'incapacité de travail qui a suivi.

E. 10

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

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