

GE_GERICHTE ATAS/808/2012 vom 19. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_808_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/808/2012 du 19 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/808/2012 del 19 giugno 2012

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et est donc applicable.

E. 3

La question de la recevabilité du recours, eu égard à la langue employée et à la motivation, sera laissée ouverte.

A/496/2012 - 5/8 -

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 ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) Les prestations de l'assurance-accident incluent le traitement médical (art. 10 LAA) l'octroi de moyens auxiliaires en cas de perte d'une fonction (art. 11 LAA), des indemnités journalières lorsque l'assuré est incapable de travailler suite à un accident (art. 16 LAA), une rente d'invalidité si l'assuré est invalide à 10% au moins (art. 18 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon les tables en vigueur (art. 24 LAA). c) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 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). c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières

A/496/2012 - 6/8 - et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). Par contre, en présence de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5). d) L'accident doit être qualifié de gravité moyenne lorsqu'il se situe en deçà de la limite supérieure de cette catégorie, selon la jurisprudence du TFA en la matière, résumée in ATA 670/01 (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures de gravité moyenne - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03). e) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance- accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance- accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).

E. 5

En l'espèce, les rapports médicaux produits par l'assuré n'établissent pas d'aggravation de son état de santé somatique, mais attestent uniquement que les douleurs ressenties par l'assuré dans les extrémités des deux doigts touchés lors de l'accident de janvier 2006 persistent. Les radiographies produites sont comparables à celles effectuées précédemment et montrent toujours qu'il y a un petit fragment

A/496/2012 - 7/8 - détaché sur le bord droit de l'index. S'agissant de l'IPAI, cette dernière a définitivement été refusée par la SUVA en 2008, de sorte que le recours est irrecevable sur ce point, étant toutefois précisé qu'à défaut de perte d'une phalange complète d'un doigt, l'assuré n'a pas droit à une IPAI, l'atteinte n'atteignant pas 5%. S'agissant de la rente d'invalidité, il s'avère que l'assuré a été capable de travailler à 100% de septembre 2006 jusqu'à son renvoi au Kosovo, en été 2008, de sorte qu'à défaut d'aggravation de l'état de santé, cette capacité de travail est demeurée entière. Du point de vue somatique, les rapports médicaux n'établissent pas d'aggravation des douleurs, ni que celles-ci impliqueraient une incapacité de travail. Les atteintes psychiques éventuellement présentées par l'assuré, outre qu'aucun diagnostic précis n'est posé et que les rapports médicaux ne font pas état d'un suivi spécialisé par un psychiatre, ne sont à l'évidence pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, qui peut être qualifié d'insignifiant ou, au pire, de peu de gravité. C'est ainsi à juste titre que la SUVA a refusé toute prestation à l'assuré.

E. 6

Le recours, mal fondé, est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité. La procédure est gratuite.

A/496/2012 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES
: Statuant

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