

# **GE\_GERICHTE ATAS/824/2011 vom 31. August 2011**

GE Cour de justice, 2011-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_824\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_824_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/824/2011 du 31 août 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/824/2011 del 31 agosto 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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.

A/254/2010 - 12/17 -

### **E. 2**

Interjeté dans le délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 1er janvier (art. 38 al. 4 c et 56ss LPGA).

### **E. 3**

Quant à l'objet du litige, le recourant conclut, dans ses dernières écritures, à l'octroi des indemnités journalières jusqu'à fin juillet 2009 et ne demande plus une rente d'invalidité. Il ne prend pas de conclusions concernant la prise en charge des frais du traitement médical en relation avec les cervicalgies et les lombalgies, étant précisé que l'intimée est d'accord de continuer à payer le traitement concernant le coude gauche. Dans le doute, il convient donc d'examiner également cette question. Il s'agit notamment de déterminer si les cervicalgies et les lombalgies sont encore dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident dès le 1er juin 2009. Enfin, l'intimée s'est déclaré d'accord de verser au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, conformément aux conclusions prises par le recourant.

### **E. 4**

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3).

### **E. 5**

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle 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. 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 juge, cas échéant, 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). b) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis

A/254/2010 - 13/17 - à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007).

## **E. 6**

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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

A/254/2010 - 14/17 - décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

#### **E. 7**

a) En l'espèce, en ce qui concerne le droit aux indemnités journalières jusqu'à fin juillet 2009, le recourant ne conteste plus avoir récupéré une pleine capacité de travail médico-théorique dès juin 2009, conformément aux conclusions des médecins et experts mandatés. Cela est par ailleurs attesté par le Dr A\_\_\_\_\_ déjà dans son rapport du 27 avril 2009. Il ressort en outre de l'expertise de la CRR qu'à l'examen physique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles significatives de l'appareil locomoteur et que les documents d'imagerie ne montrent aucune lésion. Ainsi, il convient d'admettre que les conditions pour la perception d'indemnités journalières n'étaient plus remplies en mai 2009. b) Cependant, selon le recourant, ces prestations devraient encore lui être versées jusqu'à fin juillet 2009 au motif qu'il n'a reçu la décision formelle de refus qu'en août 2009. Implicitement, il se prévaut d'un défaut d'information, voire de la violation du principe de la bonne foi. Indépendamment de la question de savoir si le retard de communication d'une décision négative peut fonder un droit à la continuation du versement des prestations, il convient de relever que le recourant était en l'occurrence au courant de la cessation imminente de celles-ci bien avant d'avoir reçu la décision formelle. En effet, il en a été avisé déjà le 26 mai 2009 par téléphone par le gestionnaire du dossier qui lui a conseillé à cette occasion de demander des indemnités à l'assurance perte de gain en cas de maladie ou de s'inscrire au chômage. Le recourant ne saurait donc se plaindre d'une violation du principe de la confiance ou du devoir d'information. Partant, le droit aux indemnités journalières pendant les mois de juin et juillet 2009 doit être nié.

#### **E. 8**

Reste à examiner si le recourant peut prétendre au remboursement des frais médicaux pour les traitements des cervicalgies et lombalgies. a) Selon l'art. 10 al. 1 let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur sa prescription, par le personnel paramédical. b) Selon la jurisprudence, l'expérience médicale enseigne que pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative. Un événement accidentel n'est qu'exceptionnellement la cause proprement dite d'une telle atteinte, à condition que l'accident revête une importance particulière, soit de nature d'entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement (RAMA 2000 n° U 378, p. 190; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_659/2007 du 27 mars 2008, consid. 3.1).

A/254/2010 - 15/17 - S'agissant de lombalgies et lombosciatalgies, notre Haute Cour a jugé que, selon l'état actuel des connaissances médicales, le statu quo sine est généralement atteint trois à quatre mois après l'accident. Lorsqu'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles, le caractère chronique des plaintes doit être attribué à des facteurs étrangers à

l'accident. L'expérience médicale montre également que, lorsqu'un accident a décompensé un état dégénératif non symptomatique de la colonne vertébrale, le statu quo sine est atteint en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_17/2007 du 17 juin 2008 consid. 3.2; 8C\_508//2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_174/2008 du 8 août 2008 consid. 4.2). Tel a également été admis pour des contusions de la colonne vertébrale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_105/2009 du 24 juillet 2009 consid. 3.2; 8C\_17/2007 du 17 juin 2008 consid. 3.2). c) En l'espèce, en ce qui concerne les lombalgies, l'expertise de la CRR a permis d'écartier toute lésion à ce niveau, voire même la présence d'atteintes dégénératives. En effet, seules des lombalgies aspécifiques ont été diagnostiquées. Par conséquent, aucun lien de causalité entre ces douleurs et l'accident ne peut être établi. Quant aux cervicalgies, il existe une discopathie cervicale protrusive. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, il s'agit d'une atteinte dégénérative. Par ailleurs, les documents d'imagerie ne montrent pas non plus de lésion à ce niveau, selon l'expertise de la CRR. Il apparaît également que le recourant a fait essentiellement état de douleurs au coude dans un premier temps. En effet, ce n'est que le 26 mars 2009 qu'une IRM cervico-dorsale est effectuée. Comme le souligne à juste titre l'intimée, il y a eu une exacerbation des douleurs à cette date, comme cela ressort du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 7 avril 2009. L'augmentation des douleurs cervicales au début de 2009 est également relevée dans le rapport de la CRR (expertise psychiatrique p. 3). Tous les symptômes ne se sont pas déclarés immédiatement. En tout état de cause, au terme de l'entretien de synthèse, les experts de la CRR estiment que les constatations objectives sur le plan somatique n'expliquent pas les douleurs et limitations alléguées. Dans ces conditions, au degré de la vraisemblance prépondérante, la Cour de céans admet que cette discopathie n'est pas en lien avec l'accident. Le cas échéant, il conviendrait de retenir qu'elle n'a pas été aggravée durablement par l'accident et que l'éventuelle décompensation doit être considérée tout au plus comme passagère, de sorte que le statu quo ante était atteint à fin mai 2009, soit plus d'une année après l'accident, selon la jurisprudence en la matière. Par conséquent, les traitements médicaux pour les cervicalgies ne sont plus à charge de l'assurance-accidents.

#### **E. 9**

En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée s'est déclarée d'accord avec les conclusions du recourant y relatives, à savoir l'octroi d'une indemnité de 10 % à ce titre.

A/254/2010 - 16/17 -

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et confirmé pour le surplus.

#### **E. 11**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

A/254/2010 - 17/17 -