

GE_GERICHTE ATAS/826/2019 vom 17. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_826_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/826/2019 du 17 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/826/2019 del 17 settembre 2019

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 CJCAS 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

Le recours a été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi. On notera que la conclusion tendant à ce qu'il soit dit et prononcé que les suites de l'accident n'ont pas pris fin est de nature constatatoire, alors que le recourant pouvait prendre des conclusions condamnatoires à l'encontre de l'intimée, en demandant la poursuite du versement des prestations. Une telle conclusion est en principe irrecevable, en raison de son caractère subsidiaire par rapport à une conclusion condamnatoire (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2). Cependant, dès lors que la chambre de céans n'est pas liée par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA), déclarer le recours irrecevable en raison du libellé de ses conclusions serait contraire à l'interdiction du formalisme excessif consacrée à l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst – RS 101).

E. 3

Le litige porte sur le maintien du droit du recourant à des prestations en cas d'accident au-delà du 8 février 2018, plus précisément sur la persistance après cette date d'un lien de causalité entre l'accident du 17 novembre 2017 et ses troubles.

E. 4

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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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. Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi

A/380/2019 - 10/14 - qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

E. 5

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : 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 si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement pour l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.1).

E. 6

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. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt A/380/2019 - 11/14 - du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le statu quo ante ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ») (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2). Notre Haute Cour a retenu que le statu quo sine ne peut être atteint avant une intervention chirurgicale visant à traiter une lésion préexistante à l'accident, lorsque les troubles ayant nécessité cette opération ont été déclenchés par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 532/06 du 13 mars 2007 consid. 4.2.3).

E. 7

a. Pour pouvoir déterminer le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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 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 convient 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

A/380/2019 - 12/14 - enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites

par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 8

L'intimée fonde sa position sur l'avis de son médecin-conseil. Sur la forme, il faut d'abord relever que l'avis du Dr G_____ de mars 2018 – même en tenant compte des compléments rédigés les 25 mai et 5 décembre 2018 – ne satisfait pas aux exigences rappelées ci-dessus puisqu'il ne contient pas tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, on note en outre que le premier avis du Dr G_____ fixe le statu quo sine en fonction du délai usuel de guérison des contusions multiples. Or, en l'absence d'informations pouvant ressortir du dossier, l'atteinte du statu quo sine vel ante ne peut être uniquement estimée de manière abstraite et théorique en se référant à l'évolution prévisible du trouble (arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). Le Tribunal fédéral a également remis en cause la fixation du statu quo sine par rapport au délai de guérison habituel d'une contusion alors que le dossier ne faisait pas état d'une amélioration de l'état de santé d'une assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.2). En

A/380/2019 - 13/14 - l'espèce, ce sont certes des contusions multiples qui ont été initialement diagnostiquées dans les suites de l'accident. Cependant, les examens d'imagerie réalisés par la suite ont révélé plusieurs lésions, dont il n'est en l'état pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles seraient toutes de nature dégénérative. Le fait que le Dr G_____ les ait considérées comme des états malades préexistants n'y suffit pas, dès lors que cette qualification n'est nullement motivée et qu'elle s'oppose à celle du Dr F_____, à tout le moins en ce qui concerne l'épaule gauche du recourant. En effet, le rhumatologue traitant a posé le diagnostic de bursite sous-acromio-deltoïdienne post-traumatique dans ses notes du 24 janvier 2018. En outre, même s'il était établi que ces lésions étaient préexistantes, le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé uniquement sur le délai de guérison des contusions (soit douze semaines en présence d'un état dégénératif) pour fixer le statu quo sine, sans tenir compte de la convalescence possiblement nécessaire eu égard à l'éventuelle aggravation par l'accident de lésions préexistantes. Or, comme on l'a vu, l'assureur-accidents est également tenu à des prestations en cas d'atteinte à la santé aggravée par l'accident. Il n'existe par ailleurs aucun rapport médical motivé à satisfaction de droit et permettant de déterminer si et quand le statu quo sine vel ante a été atteint.

E. 9

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments indispensables pour trancher le litige. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas élucidé

la question de savoir si l'accident avait au moins déclenché les symptômes du recourant persistant au-delà du 8 février 2018. Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction, au besoin en diligentant une expertise dans le respect des exigences en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), avant de rendre une nouvelle décision.

E. 10

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite. * * * * *

A/380/2019 - 14/14 - 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.