

GE_GERICHTE ATAS/845/2008 vom 5. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_845_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/845/2008 du 5 août 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/845/2008 del 5 agosto 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, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'accident survenu le 10 juin 2004, sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 28 septembre 2007 a été reçue par la recourante le 1er octobre 2007 et le délai a commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte que le recours du 31 octobre 2007 a été formé en temps utile le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée à partir du 24 novembre 2005, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 10 juin 2004. Contrairement à ce que prétend la recourante, il ne porte pas sur un éventuel conflit négatif de compétence entre assureurs-accidents régi par la procédure prévue à l'art. 78a LAA qui confère à l'Office fédéral de la santé publique la compétence pour statuer sur les contestations pécuniaires entre assureurs par voie de décision alors que la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances n'entre pas en ligne de compte (ATF 127 V 181 consid. 4c et 4d; RAMA 2003 no U 472 p. 42 consid. 1.1). Un tel conflit négatif de compétence existe lorsque, dans un sinistre donné, il y a un litige entre assureurs-accidents sur la personne de l'assuré tenu de fournir des prestations selon la LAA mais pas sur l'existence et l'étendue de fournir les prestations (ATF 127 V 176 consid. 4d). Selon la jurisprudence rendue à propos de l'art. 106 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), la procédure de recours est de la compétence du Tribunal cantonal des assurances lorsqu'un assureur-accidents entrant en considération nie dans une décision, puis dans une décision sur opposition, son obligation de fournir des prestations à l'égard de la personne accidentée en invoquant son défaut de compétence et

que l'intéressé a recouru contre ces décisions (ATF 125 V 327 consid. 1; RAMA 2003 n° U 472 p.

A/4127/2007 - 11/21 - 44 consid. 2.3). En l'espèce, dans ses décisions des 6 février 2006 et 28 septembre 2007, l'intimée considère que, depuis le 24 novembre 2005, il n'y a plus de lien de causalité entre l'accident de 2004 et les troubles actuels, partant conteste le droit de la recourante à des prestations de sorte qu'il ne s'agit pas alors d'une véritable contestation entre assureurs (ATFA non publié du 29 décembre 2003, U 70/03, consid. 1.1).

E. 5

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). 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 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

A/4127/2007 - 12/21 - 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).

E. 6

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). Dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). 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 (ATFA

A/4127/2007 - 13/21 - non publiés du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, U 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3).

E. 7

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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et 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

A/4127/2007 - 14/21 - 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). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

E. 8

La recourante soutient que ses troubles actuels à la cheville droite sont en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 10 juin 2004 en se basant sur l'expertise des médecins de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande et les appréciations du médecin-conseil de l'appelée en cause. En se référant à l'expertise du Dr F_____ et à ses deux rapports complémentaires, l'intimée considère que l'accident du 10 juin 2004 est intervenu sur une articulation fragilisée par l'accident de 1992 et que le rapport de causalité entre les troubles actuels et l'accident de 2004 n'existe plus depuis le 24 novembre 2005, eu égard à l'important état antérieur. L'appelée en cause ne s'estime pas tenue à prestations en raison de l'écoulement de plus de 12 ans entre l'accident de 1992 pour lequel elle a versé ses prestations et la fin de la prise en charge par l'intimée, le 24 novembre 2005. Elle s'appuie sur l'expertise des médecins de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande et relève qu'elle a mis un terme à sa prise en charge avec la fin du traitement de physiothérapie, en avril 2002.

E. 9

En l'espèce, le 10 juin 2004, la recourante a été victime d'une entorse du ligament latéral externe de la cheville droite, puis, le 7 décembre 2004, elle s'est soumise à une révision articulaire tibio-tarsienne lors de laquelle elle a subi un évidement superficiel du sinus du tarse et un débridement des péroniers. Dans son rapport du 7 février 2005, le Dr B _____ relève qu'à la suite de l'opération du 26 janvier 2000, la recourante ne présentait pas de douleurs à la cheville droite et que ces dernières sont réapparues uniquement après l'accident du

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour calcul des prestations dues. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Quant à l'appelée en cause, même si elle obtient partiellement gain de cause, elle n'a pas droit à l'indemnité de dépens qu'elle prétend, en sa qualité d'organisme chargé de tâches de droit public (ATFA non publié du 28 mai 2007, U 561/06, consid. 11). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4127/2007 - 20/21 -

A/4127/2007 - 21/21 -

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