

GE_GERICHTE ATAS/875/2014 vom 23. Juli 2014

GE Cour de justice, 2014-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_875_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/875/2014 du 23 juillet 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/875/2014 del 23 luglio 2014

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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 3

L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à mettre fin aux prestations au 31 mai 2013 et à refuser de prester à compter du 1er juin 2013.

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. 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 qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les

références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce

A/3926/2013 - 7/10 - 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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 5

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 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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; 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 (Arrêts du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2).

E. 6

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 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également

A/3926/2013 - 8/10 - attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2).

E. 7

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

E. 8

Il s'agit de déterminer en l'occurrence si l'arthrose de la main droite peut être mise en relation de causalité avec l'accident du 24 mai 2012. Selon les médecins-conseils de l'intimée, il convient de nier la causalité entre l'accident et les troubles arthrosiques qui se sont révélés par la suite. En effet, l'accident n'a occasionné aucune lésion structurelle osseuse ou ligamentaire susceptible d'aggraver de façon déterminante l'état arthrosique de toute évidence préexistant. Le Dr I_____, après avoir visualisé la radiographie de la main du 4 juin 2012, fait état d'une discrète arthrose avec ébauche ostéophyttaire MP3. Quant à l'échographie du 10 juillet 2012, elle ne démontre pas de signe de lésion tendineuse, ni de déchirure des poulies annulaires. Le recourant conteste cette appréciation, relevant que les radiographies ne font pas état d'arthrose avant 2013 et qu'aucun des trois médecins, à savoir les Drs E_____, F_____ et G_____, ne fait état de facteurs extérieurs à l'accident. La chambre de céans relève en premier lieu que la discrète arthrose relevée sur la radiographie du 4 juin 2012 par le médecin-conseil de l'intimée n'est pas mentionnée sur le rapport radiologique ; le Dr J_____ ne décrit que l'absence de lésion osseuse traumatique. En outre, c'est à l'IRM du 4 avril 2013 qu'il est fait état pour la première fois d'un remaniement de type arthrosique, de même que sur le rapport radiologique basé sur les radiographies standards de la main droite du 4 avril 2013. Il paraît étonnant que le radiologue n'ait pas décrit en juin 2012 une arthrose, fût-elle discrète. Enfin, le remaniement de type arthrosique décrit comme débutant à modéré en avril 2013 jette un doute quant à l'existence d'une arthrose préexistante à l'accident du 24 mai 2012, étant rappelé que le Dr G_____ a diagnostiqué une arthrose post-traumatique lors de la consultation du 2 avril 2014.

A/3926/2013 - 9/10 - Quoiqu'il en soit, en l'état actuel du dossier, la chambre de céans considère qu'elle n'est pas en mesure de déterminer si l'on est en présence d'une arthrose post-traumatique ou d'une aggravation durable d'un état préexistant. Les avis des médecins-conseils sont en effet contredits par les rapports des médecins spécialistes en chirurgie de la main. La situation médicale doit être clarifiée. Au regard des griefs invoqués par le recourant, il appartenait à l'intimée de mettre en œuvre une expertise médicale.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimée, afin qu'elle mette en œuvre une expertise médicale, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, auprès d'un médecin indépendant, spécialiste en chirurgie de la main.

E. 10

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 RFPA ; RS/GE E 5 10.03). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3926/2013 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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