

# **GE\_GERICHTE ATAS/886/2008 vom 14. August 2008**

GE Cour de justice, 2008-08-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_886\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_886_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/886/2008 du 14 août 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/886/2008 del 14 agosto 2008

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, 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 (ci-après LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

### **E. 3**

L'art. 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après LAA), qui prévoyait en dérogation à l'art. 60 LPGA un délai de recours de trois mois à compter de la décision sur opposition ayant été abrogé par le ch. 111 de l'annexe à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (avec effet au 1er janvier 2007), le délai de recours est de trente jours. La décision du 25 octobre ayant été reçue par la recourante le 26 octobre 2007 au plus tôt, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu du fait que le terme devait échoir un dimanche, il a été reporté au lundi 26 novembre 2007 conformément à l'art. 38 al. 1 et 3 LPGA. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 26 novembre 2007 est donc recevable, sous réserve de ce qui suit. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de juger que les conclusions qui s'écartent tant de l'objet du litige que de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413) doivent être déclarées irrecevables (cf. p. ex. ATFA non publié du 7 septembre 2007, U 342/06). Cependant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

A/4649/2007 - 18/28 - Dans le cas d'espèce, il apparaît que les conclusions de la recourante tendant à ce que l'assureur soit condamné à prendre en charge le traitement de ses douleurs neurogènes au-delà du 31 décembre 2005 n'ont pas fait l'objet de la décision sur opposition du 25 octobre 2007, dès lors que l'assurée ne les avait pas formées à cette occasion (cf. p. 26 de la décision). Ces conclusions faisaient néanmoins implicitement l'objet de la décision querellée du 9 janvier 2006 dans la mesure où cette décision accordait le bénéfice d'une telle prise en charge pendant une année au moins, que l'intimée a d'ailleurs honorée jusqu'au 9 janvier 2007 avant de l'interrompre en s'épargnant la reddition d'une décision formelle. Pour des motifs d'économie de procédure, et compte tenu du fait que l'assureur s'est formellement exprimé à ce sujet dans sa décision du 9 janvier 2006 et implicitement par la suite, il se justifie d'admettre la recevabilité des conclusions de la recourante sur ce point, étant entendu que les prétentions élevées à cet égard du 1er janvier 2006 au 9 janvier 2007 sont, du fait de ce qui vient d'être dit, devenues sans objet.

#### **E. 4**

Le litige porte donc sur le droit éventuel de la recourante à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2005, à une rente d'invalidité, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% et à la prise en charge des frais médicaux générés par ses douleurs neurogènes au-delà du 10 janvier 2007.

#### **E. 5**

Il convient dans un premier temps d'examiner la valeur probante des expertises médicales versées à la procédure, de manière à pouvoir ensuite examiner s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé qui a perduré après le 31 décembre 2005 et l'accident du 10 juillet 2002.

#### **E. 6**

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 LPGA), 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. A cet égard, 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

A/4649/2007 - 19/28 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, ni les expertises neurologiques des 14 octobre 2004 et 28 août 2007, ni les expertises psychiatriques des 16 avril et 25 mai 2007 ne prêtent le flanc à la critique : elles ont manifestement été réalisées sur la base d'études et d'examen spécialisés variés et complets, les plaintes exprimées par la recourante ayant dûment été prises en compte; les rapports en ont été établis en pleine connaissance du dossier, qui avait à chaque fois été remis par son mandant à l'expert sollicité; la description des interférences médicales a fait chaque fois l'objet d'un commentaire et les conclusions de l'expert sont bien motivées; pour le surplus, les avis ainsi exprimés ne contiennent pas de contradictions, et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Tel n'est pas tout à fait le cas du rapport expertise multidisciplinaire du 20 décembre 2005. Force est en effet de constater avec la recourante que certains faits présentés aux experts par l'assureur, tels la date et le taux de la reprise de son activité professionnelle en 2005 ou la durée de la marche à pied qu'elle avait effectuée certains jours de travail, n'étaient pas conformes à la réalité, de sorte que l'on ne saurait exclure la possibilité d'une influence de ces informations erronées sur le diagnostic posé, voire sur les conclusions des experts. De plus, il y a lieu d'observer que le volet psychiatrique de l'expertise n'a pas été traité avec le même soin que les volets neurologique et rhumatologique, en tout cas s'agissant de la question du lien de causalité entre les troubles psychiques diagnostiqués et l'accident, les conséquences potentielles de la lésion nerveuse constatée n'étant pas évaluées. Cela dit, on ne saurait dénier une valeur probante certaine au rapport de ladite expertise dès lors que, mis à part les quelques indices de distorsion qui viennent d'être évoqués, les examens médicaux effectués le 25 août 2005 ont fourni des observations et des renseignements dont l'objectivité n'est pas contestable, l'appréciation des experts ayant en outre été revue et explicitée dans les rapports complémentaires des 26 juin et 10 septembre 2006. Il conviendra par conséquent, en cas de contradiction entre le rapport d'expertise du 20 décembre 2005 et l'un ou

A/4649/2007 - 20/28 - l'autre des rapports ou rapports complémentaires qui viennent d'être évoqués, d'accorder une valeur probante décisive à ces derniers.

## **E. 7**

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1er 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, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références citées). 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. 1er). Le droit à l'indemnité s'éteint notamment dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail ou dès qu'une rente est versée (al. 2, 2e phrase). En l'espèce, il n'est ni contesté ni contestable que la chute de la recourante, entraînée par une glissade de

son motorcycle, la section d'un nerf musculo-cutané au cours d'une intervention chirurgicale et, en l'absence d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre agent interne identifiés, l'entorse de sa cheville gauche, survenues respectivement les 10 et 18 juillet 2002 et le 20 novembre 2004, sont des événements accidentels au sens de la loi précitée. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Relevons en outre que 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

A/4649/2007 - 21/28 - 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 ; 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). 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 maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA non publié du 9 septembre 1999, U 355/98 consid. 2 in RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et 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 261 consid. 3b et les références citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée 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 désormais 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 non publié du 10 mai 2007, U 172/06 consid. 6 et les références citées). b) Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). À cet égard, doctrine et jurisprudence s'accordent à considérer qu'un événement accidentel peut être la cause médiate d'une atteinte à la santé dans la mesure où il provoque un premier dommage qui, souvent en liaison avec une autre cause, conduit à une atteinte supplémentaire ; celle-ci, en tant qu'effet médiate, constitue alors un dommage secondaire. Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de rappeler à plusieurs reprises une jurisprudence non publiée du 20 août 1951, selon laquelle l'assureur-accidents répond des fautes professionnelles commises par les médecins lors du traitement des assurés (cf. ATFA 1967 p. 19, 1961 p. 9) ; les erreurs commises par les médecins, et les suites de celles-ci, constituent l'effet

A/4649/2007 - 22/28 - médiate de l'accident, tandis que celui-ci est la cause médiate de ces erreurs. Il convient par conséquent d'admettre que les règles de la causalité naturelle et adéquate sont également applicables aux dommages secondaires (SCARTAZZINI, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, Bâle et Francfort-sur-le-Main, 1991, pp. 133 s et 194 s ; cf. ég. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne, 1985, pp. 460 ss).

#### **E. 8**

En l'espèce, il a été établi par le Dr T \_\_\_\_\_, et plus jamais contesté par les examens médicaux et expertises subséquents (voir notamment le rapport d'expertise du Dr H \_\_\_\_\_), que le névrome diagnostiqué à la cheville droite de la recourante, consécutif à l'axonotmésis constatée par le Dr N \_\_\_\_\_ le 20 novembre 2002 résultait de l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr I \_\_\_\_\_ le 18 juillet 2002, laquelle avait été motivée par l'accident du

#### **E. 10**

Mal fondé, le recours devra être rejeté.

A/4649/2007 - 27/28 -

A/4649/2007 - 28/28 -

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