

GE_GERICHTE A/1001/2016 vom 19. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1001_2016

FR: GE_GERICHTE A/1001/2016 du 19 avril 2017

IT: GE_GERICHTE A/1001/2016 del 19 aprile 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI recourant contre AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, p.a. Axa WINTERTHUR, Assurances collective de personnes, chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1957, est associé-gérant de B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), et est, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Axa Winterthur (ci-après : l'assurance).![[endif]]>![if> 2. Dans un rapport du 12 septembre 2012, le docteur C_____, chef de clinique adjoint au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) a indiqué que l'assuré était connu pour un syndrome coronarien aigu en 2009 avec la pose d'un stent dans le cadre d'une hypertension artérielle, d'une dyslipidémie et d'un diabète de type 2 traité. Le 8 septembre 2012, il avait présenté des céphalées aiguës inhabituelles avec une raideur de nuque et une limitation du regard vers la gauche de l'œil gauche lors d'une sortie en ski nautique. Il avait été transporté en ambulance à l'hôpital de Nyon, où une hémorragie sous-arachnoïdienne mésentocéphalique avec des épisodes de bradycardie avait été constatée. Il avait alors été transféré en hélicoptère au CHUV. L'angiographie par tomographie assistée par ordinateur (angio-CT) réalisée en urgence n'avait pas mis en évidence d'anévrisme, le scanner de contrôle effectué le 9 septembre 2012 n'avait pas montré de progression de l'hémorragie et l'artériographie cérébrale organisée le 10 septembre 2012 avait formellement exclu la présence d'un anévrisme cérébral. Au vu de l'évolution favorable, l'assuré avait été transféré au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) le 11 septembre 2012. ![[endif]]>![if> 3. Par rapport du 2 octobre 2012, le docteur D_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, a retenu, à titre de diagnostics principaux, une hémorragie sous-arachnoïdienne périmésentocéphalique sans substrat et un hygrome fronto-pariéto-temporal gauche. Étaient en outre signalés, à titre de diagnostic secondaire, un sepsis nosocomial et, à titre de comorbidités actives, une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie traitée et un status après la pose de quatre stents coronaires suite à un infarctus en 2009, avec un traitement d'aspirine cardio. Alors qu'il faisait du ski nautique, l'assuré avait présenté des céphalées, bifrontales et occipitales, et des vomissements. À l'examen clinique d'entrée, il présentait une diplopie au regard dans les différentes directions, sans latéralisation sensitivomotrice, laquelle avait persisté durant toute l'hospitalisation, sans autre déficit à l'examen neurologique. Un CT cérébral réalisé le 19 septembre 2012 avait mis en évidence un hygrome fronto-pariéto-temporal gauche réalisant un effet de masse sur le parenchyme adjacent et les structures médiales et la disparition de la majorité de l'hémorragie sous-arachnoïdienne, avec la persistance d'un

thrombus résiduel au contact de la partie distale du tronc basilaire. Le 19 septembre 2012, l'assuré avait subi une intervention chirurgicale consistant en le drainage par deux trous de trépan de l'hygrome, sans complication. Un CT cérébral effectué le 26 septembre 2012 avait permis de conclure à la disparition de l'hygrome, à l'absence d'hydrocéphalie et à un thrombus résiduel. D'un point de vue métabolique, l'apparition d'un état septique avait été relevée. Au vu de différents troubles de l'attention, de la mémoire et du calcul, l'assuré était transféré le 2 octobre 2012 au service de neuro-rééducation (Beau-Séjour). L'incapacité de travail était totale jusqu'à nouvelle réévaluation. 4. Par déclaration de sinistre du 2 octobre 2012, l'employeur a annoncé à l'assurance que l'assuré avait été victime d'un accident lors d'une session de ski-nautique le

E. 8

septembre 2012 et les atteintes à la santé ne sont pas recevables, dès lors qu'elles excèdent l'objet du litige. Ce dernier porte donc sur la question de savoir si les conditions posées pour la révision procédurale d'une décision passée en force sont réalisées. 5. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1). 6. À teneur de l'art. 53 al. 1 LPGA, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références). 6. a. En l'espèce, le Dr I_____ retient les deux mêmes diagnostics que ceux qui ressortent des rapports du Dr D_____ du 2 octobre 2012 et du Dr E_____ du 31 octobre 2012, à savoir une hémorragie

sous-arachnoïdienne et un hygrome. Ces deux pathologies ont dûment été prises en considération par le Dr G_____ dans son avis du 30 janvier 2013 et étaient parfaitement connues de l'intimée lorsqu'elle a rendu sa première décision le 8 février 2013, décision qui rappelle en particulier la mise en évidence d'un hygrome le 19 septembre 2012 et le drainage de ce dernier le jour même. Ains, le Dr I_____ ne fait état d'aucun élément médical nouveau, telle une lésion post-traumatique non objectivée auparavant, et son avis ne sert pas à l'établissement de faits qui se seraient produits jusqu'au moment où des allégations de fait étaient encore recevables. En réalité, il constitue seulement une appréciation différente d'un état de fait resté inchangé, à savoir l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre le heurt de la tête contre le bateau et la survenance d'un hygrome. En outre, les éléments contenus dans son rapport ne constituent pas des preuves nouvelles de nature à justifier la révision de la décision qui nie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles et l'accident. Au contraire, son appréciation, tout comme celle du Dr D_____, constitue une simple « hypothèse », comme il l'a lui-même relevé dans son rapport du 4 mai 2015 et comme l'a clairement indiqué le Dr D_____ dans son courriel (« Je ne pense pas qu'il y ait un lien de causalité avec la HSA [hémorragie sous-arachnoïdienne] pour l'hygrome mais plutôt un lien avec le traumatisme et une petite brèche [...]. Ceci reste bien sûr une hypothèse que je ne saurais confirmer »).

b. Quant au rapport établi par Mme H_____ suite à son examen neuropsychologique, il ne fait pas plus état de faits qui se seraient produits avant la notification de la décision du 8 février 2013 et qui n'étaient pas connus du recourant. Il sera en particulier rappelé que l'existence de troubles exécutifs et attentionnels légers a été signalée dans tous les rapports communiqués à l'intimée avant la première décision : ainsi, le Dr D_____ a notamment relevé des troubles de l'attention, de la mémoire et du calcul, raison pour laquelle le recourant était transféré au service de neuro-rééducation (rapport du 2 octobre 2012). Enfin le Dr E_____ a mentionné que le recourant avait été admis dans le service précité pour une évaluation de ses capacités cognitives, un travail de l'équilibre et une rééducation à la marche. Les fonctions cognitives avaient été qualifiées d'amoindries à l'issue du séjour (rapport du 31 octobre 2012). Les difficultés observées par la neuropsychologue ne sont donc pas nouvelles, comme l'a d'ailleurs relevé le Dr I_____ qui a précisé que ces constatations corroboraient ce qui avait été observé à l'hôpital.

7. Partant, les conditions d'une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont pas réalisées.

8. Enfin, s'agissant de l'argumentation du recourant relative à une rechute ou des séquelles tardives, il sera relevé qu'une modification de l'état de santé survenue postérieurement à la décision dont la révision est demandée ne constitue pas un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Partant, ces griefs sont irrecevables dans le cadre d'une révision.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

10. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

L'intimée conclut à l'octroi de dépens. Il sied toutefois de rappeler que les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Ces conditions n'étant pas réalisées en l'espèce, il ne se justifie pas d'octroyer une indemnité à ce titre à l'intimée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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.