

GE_GERICHTE A/2210/2010 vom 9. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2210_2010

FR: GE_GERICHTE A/2210/2010 du 9 août 2010

IT: GE_GERICHTE A/2210/2010 del 9 agosto 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.08.2010
A/2210/2010

A/2210/2010 ATAS/799/2010 du 11.08.2010 (LAA) , REJETE Recours TF déposé le 07.10.2010, rendu le 22.10.2010, IRRECEVABLE, 8C_842/2010 En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2210/2010
ATAS/799/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 6 du 9 août 2010 En la cause Monsieur G_____, domicilié à Genève
recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne intimée EN FAIT Monsieur
G_____ (ci-après l'assuré), né en 1980, travaillait en qualité de manutentionnaire
auprès de la société X_____ S.A., à Genève. Il était assuré à ce titre auprès de la
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS
(ci-après l'assureur) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 6 octobre
2008, l'assuré, qui se trouvait sur son lieu de travail, a effectué une mauvaise manipulation
avec une palette et s'est blessé à la main (déclaration de sinistre établie par l'employeur le
16 octobre 2008). Par rapport initial du 4 novembre 2008, le Dr A_____, médecin
généraliste auprès de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet S.A., a posé le
diagnostic d'entorse du poignet et du pouce. Selon les indications fournies par l'assuré,
celui-ci s'est tordu le poignet et le pouce en voulant soulever une palette. Le médecin a
constaté une tuméfaction avec œdème du pouce et du poignet. Un traitement conservateur et
une incapacité de travail totale dès le 6 octobre 2008 ont été prescrits. Le 27 octobre 2008,
le traitement médical était terminé et l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière.
Le 3 novembre 2008, l'assuré a répondu aux questions posées par l'assureur : les douleurs
se situaient au niveau du pouce gauche et des lombaires. Il avait voulu ranger une palette -
activité habituelle dans le cadre de son travail - et au moment de la soulever, il avait senti un
fort étirement au niveau du dos, une douleur telle qu'il avait lâché soudainement la palette,
laquelle était retombée sur sa main. Il n'y avait pas de témoins, l'activité avait eu lieu dans
des conditions normales et il n'y avait eu ni chute, ni glissade. Il était à nouveau capable de
travailler avec des charges inférieures à 7 kg. Par courrier du 11 novembre 2008, l'assureur
a informé l'assuré que les troubles au poignet et au pouce étaient apparus sans qu'un fait
particulier, répondant à la notion juridique de l'accident, en soit l'origine. L'assuré n'avait
donc pas été victime d'un accident, ni d'un événement de type accidentel, de sorte que
l'assureur n'était pas tenu de verser des prestations. L'assuré a contesté cette appréciation et
a demandé que son dossier soit revu. Par courrier du 5 décembre 2008, l'assureur a annulé
le courrier du 11 novembre 2008 et a pris en charge les suites de l'accident (traitement
médical et indemnités journalières). Le 5 octobre 2009, l'assuré a annoncé, lors d'un
entretien téléphonique avec l'assureur, qu'il avait ressenti à nouveau des douleurs et avait
dû consulter le Dr B_____ à la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet

S.A. en septembre. Par rapport du 7 octobre 2009 adressé à l'assureur, le Dr D _____, médecin auprès de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet S.A., a noté que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) effectuée le 20 août 2009 montrait une inflammation vasculaire de la région dorsale basse et du sac dural. Il s'agissait d'une lombalgie chronique dans les suites de l'accident du 6 octobre 2008. Des antalgiques et des anti-inflammatoires ont été prescrits et il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident. Un rendez-vous était prévu à l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG) pour investigation et consultation au département de neurochirurgie. Un entretien a eu lieu le 1^{er} décembre 2009 entre l'assureur et l'assuré. Celui-ci a expliqué qu'avant l'événement du 6 octobre 2008, il n'avait jamais souffert de troubles dorsaux. Il a indiqué que son activité consistait à manutentionner des palettes, soit à la main, soit au moyen d'une transpalette manuelle : il portait et empilait les palettes vides avant de les tirer avec une transpalette. Le jour de l'accident, il avait saisi une palette vide, avait plié les jambes et lorsqu'il l'avait soulevée, il avait ressenti un craquement dans le bas du dos accompagné d'une violente douleur dans le dos. Il n'avait pas glissé et il n'y avait eu aucun incident. Il était rentré à la maison avec une douleur dans le bas du dos ainsi qu'au niveau du pouce gauche. Le médecin consulté lui avait d'ailleurs prescrit des séances de physiothérapie pour le dos notamment. Le médecin avait donc mal répondu au rapport initial du 4 novembre 2008, puisqu'il n'y avait pas fait mention des troubles dorsaux. Depuis l'accident, il ne s'était rien produit de spécial. Le mal de dos ne s'était pas atténué, il n'avait pas pris de médicament, mais appliquait régulièrement de la pommade pour soulager la douleur. Il avait mal au dos tous les matins au réveil et devait s'étirer pour pouvoir commencer sa journée. Il travaillait depuis juin 2009 en qualité de téléopérateur et ne subissait pas d'incapacité de travail. Il n'avait pas consulté de neurochirurgien comme conseillé par le Dr B _____, car il était dans l'attente de l'accord de l'assureur quant à la prise en charge des frais médicaux. A la demande de l'assureur, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de l'assureur, a indiqué que les troubles relevés dans le rapport du Dr D _____ n'étaient pas en rapport avec les conséquences de l'accident du 6 octobre 2008, vu notamment l'absence de lésion traumatique et la constatation par IRM d'une lésion vasculaire. Par courrier du 11 décembre 2009, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu des pièces médicales, il ne pouvait être établi aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, entre l'accident du 6 octobre 2008 et les troubles lombaires apparus dès août 2009, de sorte qu'il ne pouvait pas verser de prestations d'assurance. Le 4 janvier 2010, l'assuré a demandé qu'une décision formelle soit rendue. Par décision du même jour, l'assureur a nié toute responsabilité pour les troubles lombaires dont se plaignait l'assuré, à défaut d'un lien de causalité pour le moins probable entre ceux-ci et l'accident assuré. Le 28 janvier 2010, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a fait valoir notamment que les maux de dos n'avaient jamais cessé depuis l'accident et a requis d'être soumis à un examen effectué par le Dr C _____. A la demande de l'assureur, le Dr B _____ a transmis le rapport IRM du 20 août 2009, en précisant ne pas en posséder d'autre. L'assuré était par contre suivi par le service de neurochirurgie des HUG. Selon le rapport du 20 août 2009 établi par la Dresse E _____, spécialiste FMH en radiologie, l'IRM lombaire démontrait l'absence de signe de conflit disco-radiculaire appréciable au niveau lombo-sacré. Il y avait un aspect de recrutement vasculaire au niveau du sac dural en région dorsale basse ainsi qu'au niveau épidual antérieur, en arrière de L4, L5 et S1 : un bilan à la recherche d'une malformation vasculaire devrait être effectué sur la moelle totale. Le 12 mars 2010, le service de

radiologie des HUG a informé l'assureur qu'il possédait uniquement des radiographies concernant la main et le poignet de l'assuré. Par courrier du même jour, l'assureur a demandé à l'assuré de lui fournir toutes les radiographies concernant son dos. L'assureur a soumis le dossier de l'assuré au Dr C _____. Par rapport du 12 avril 2010, le médecin a relevé qu'au terme de l'étude attentive du dossier, les douleurs lombaires exprimées par l'assuré suite au port d'une palette le 6 octobre 2008 n'avaient entraîné aucune lésion traumatique qui aurait été identifiée, ni immédiatement, ni tardivement. L'IRM lombaire en août 2009 avait révélé une potentielle malformation vasculaire dont le rapport de causalité avec l'événement accidentel décrit le 6 octobre 2008 n'est ni certain, ni vraisemblable. Il n'y avait pas non plus de lésion assimilée. Par ailleurs, renseignements pris auprès du service de neurochirurgie des HUG, l'assuré n'était pas venu à la consultation. Enfin, le Dr B _____ n'avait pas revu son patient. Par décision sur opposition du 20 avril 2010, l'assureur a confirmé sa position, en se référant à l'appréciation du Dr C _____ du 12 avril 2010. Par courrier du 19 mai 2010 adressé à l'assureur, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée. Il fait valoir que le mal de dos a été causé par l'accident du 6 octobre 2008 puisqu'il n'avait jamais eu mal auparavant. Il sollicite que le lien entre l'accident et les troubles au dos soit admis. Le 28 juin 2010, l'assureur a transmis au Tribunal de céans le pli précité comme objet de sa compétence. Par réponse du 27 juillet 2010, l'assureur conclut au rejet du recours, le recourant ne faisant valoir aucun élément nouveau. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit verser des prestations au recourant pour les troubles lombaires annoncés le 5 octobre 2009 suite à l'événement survenu le 6 octobre 2008. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Selon l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, il faut entendre par accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire. A teneur de l'art. 4 LPGA, en vigueur dès le 1er janvier 2003, 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. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 OLAA, la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés (ATF 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur

est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a ainsi que les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA du 15 octobre 2004, cause U 9/04 ; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 178). Il n'y a pas d'accident lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 139 consid. 3b, ainsi que les références citées ; MAURER, op. cit. 1985, p. 178 ; GHELEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, 1992, p. 48ss). L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). En l'occurrence, le recourant est d'avis que l'intimée doit lui allouer des prestations pour les douleurs lombaires dont il souffre suite à l'événement du 6 octobre 2008, ce que l'intimée conteste. Il résulte des pièces versées au dossier que le recourant a eu, à trois reprises, l'occasion d'explicitier les circonstances de l'événement en question (déclaration de sinistre du 16 octobre 2008, son courrier à l'intimée du 3 novembre 2008 et entretien avec l'intimée le 1er décembre 2009). Selon les explications données par le recourant, son activité auprès de X _____ S.A. consistait à manutentionner des palettes vides qu'il empilait, avant de tirer la pile avec une transpalette. Il a indiqué que c'est en soulevant une palette vide, le 6 octobre 2008, qu'il avait ressenti une forte douleur au bas du dos, ce qui l'avait forcé à la lâcher subitement. Cette activité avait eu lieu dans des conditions normales et il n'y avait eu ni chute, ni glissade. Force est dès lors de constater que le fait de soulever une palette vide ne saurait être considéré comme un mouvement inhabituel pour le recourant. Cette activité n'a pas excédé le cadre des événements que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens pour le recourant. Faute d'un facteur extérieur extraordinaire, l'événement du 6 octobre 2008 ne répond à l'évidence pas à la définition de l'accident. Se pose alors la question de savoir si le recourant a subi une lésion assimilée à un accident. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA qui prévoit que pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, certaines lésions sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, telles

que les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan. Cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2ème édition, 1989, 202). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 sv. consid. 2b, 116 V 147 sv. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84). Le TFA a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident (ATF 129 V 466). Il a rappelé qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident devaient être réalisées (art. 9 al. 1 OLAA teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). En particulier, il a déclaré qu'à défaut de l'existence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles étaient à la charge de l'assurance-maladie. Le Tribunal de céans relèvera préalablement que suite à l'événement du 6 octobre 2008, le recourant a souffert d'une entorse au poignet et au pouce gauches, soit une atteinte correspondant à une lésion du ligament au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA, dont les conséquences ont été prises en charge par l'intimée (courrier de l'intimée du 5 décembre 2008). S'agissant des douleurs lombaires dont se plaint le recourant, il ressort des pièces versées au dossier qu'aucune atteinte n'a été diagnostiquée immédiatement après l'événement du 6 octobre 2008. Le recourant fait certes valoir que le Dr A_____, médecin qui lui a prodigué les premiers soins ce jour-là, aurait oublié de mentionner les troubles dorsaux dans son rapport du 4 novembre 2008. Cependant, il y a lieu de constater que les explications fournies par le recourant à son employeur ne font pas non plus état de douleurs au dos, mais uniquement d'une lésion à la main (déclaration de sinistre LAA du 16 octobre 2008). Ce n'est que le 3 novembre 2008, alors que le traitement médical était déjà terminé, que le recourant a expliqué à l'intimée avoir ressenti une douleur au dos le 6 octobre 2008. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si le recourant a présenté des troubles lombaires immédiatement après l'événement litigieux, peut, en l'état, rester ouverte, dès lors que la question litigieuse porte sur les douleurs lombaires qui ont amené le recourant à consulter un médecin en août 2009. Selon le rapport établi le 7 octobre 2009 par le Dr D_____, le recourant présentait alors une inflammation vasculaire de la région dorsale basse et du sac dural (rapport du 7 octobre 2009). Or, cette atteinte ne fait pas partie des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. De surcroît, l'IRM pratiquée le 20 août 2009 n'a pas permis de mettre en évidence d'autre lésion. On doit dès lors admettre que l'intimée ne répond pas des douleurs lombaires qui ont amené le recourant à consulter dès août 2009. Le recourant est d'avis que l'intimée est tenue de lui verser des prestations, au motif qu'il ne souffrait pas de troubles lombaires avant l'événement du 6 octobre 2008, de sorte que ce dernier en serait indubitablement la cause. Le Tribunal de céans fera remarquer que la question du lien de causalité entre les troubles lombaires et l'événement du 6 octobre 2008 n'est pas pertinente, en l'état, étant donné que cet événement ne répond pas à la définition de l'accident et que l'existence d'une lésion

corporelle assimilée à un accident n'a pas été admise. Au demeurant, même si tel avait été le cas, il n'en demeure pas moins que l'on ne saurait admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident, dès lors que cela revient à se fonder sur l'adage «post hoc ergo propter hoc», lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 20 avril 2010, à nier le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les douleurs lombaires annoncées le 5 octobre 2009. Le recours se révèle ainsi mal fondé. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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