

GE_GERICHTE A/3116/2021 vom 30. Juni 2022

GE Cour de justice, 2022-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3116_2021

FR: GE_GERICHTE A/3116/2021 du 30 juin 2022

IT: GE_GERICHTE A/3116/2021 del 30 giugno 2022

Erwägungen

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPG), le recours est recevable.!

E. 4

L'objet du litige dans la procédure administrative est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2). Partant, tel que défini par la décision attaquée, le litige porte exclusivement sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 21 mars 2021. Il ne peut être étendu aux éventuelles prétentions du recourant à l'encontre du Groupe Mutuel, qui est apparemment l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie de son ancien employeur.

E. 5

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. L'art. 4 LPG dispose qu'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.

E. 6

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

E. 7

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2). 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le statu quo ante ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc, ergo propter hoc) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références).

E. 8

!

E. 8.1

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

E. 8.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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. À cet égard, il convient 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, ATF 122 V 157 consid. 1c). 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). ![/endif]>![if>

E. 8.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). ![/endif]>![if>

E. 8.4

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). ![/endif]>![if>

E. 9

En l'espèce, l'intimée a mis fin au droit aux prestations pour accident au 21 mars 2021, au motif que les troubles du recourant après cette date n'étaient plus causés par l'événement de juin 2020. ![/endif]>![if>

E. 9.1

Il convient en premier lieu d'examiner le grief du recourant s'agissant du délai de traitement de son opposition. Contrairement à ce qu'il semble affirmer, la loi n'impose aucun délai à l'assureur-accidents pour trancher une opposition et en particulier pas un délai de trois mois. L'art. 29 de la Constitution (Cst. - RS 101) prévoit certes que toute personne a droit à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable. En l'espèce, l'intimée a statué sur l'opposition du recourant en quatre mois. Si on peut comprendre que ce laps de temps a pu paraître long au recourant, notamment compte tenu de ses difficultés en lien avec la prise en charge de ses soins, il n'en reste pas moins qu'il reste plus que raisonnable au vu des circonstances. De plus, l'intimée n'est pas restée inactive durant cette période, puisqu'elle a sollicité l'avis d'un spécialiste en radiologie, qu'elle a ensuite fait analyser par son médecin-conseil, afin de trancher le droit aux prestations du recourant. A titre de comparaison, le Tribunal fédéral a considéré qu'un délai de quinze mois était admissible pour trancher le droit aux prestations dans une procédure administrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_190/2007 du 24 septembre 2007 consid. 4.1). ![/endif]>![if>

E. 9.2

Sur le fond, l'intimée fonde sa décision sur l'avis du Dr GALLAND, qui a considéré que l'accident n'entraînait plus d'effet huit mois après sa survenance, en l'absence d'atteinte physique causée par l'événement et persistant à cette date. La Dresse GRILLET a émis le même avis, en soulignant que le délai de guérison des contusions subies était de six mois au plus. Certes, déterminer l'avènement du statu quo sine d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion ne suffit selon la jurisprudence pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité, à défaut d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4). Cela étant, la Dresse GRILLET ne se fonde pas uniquement sur ce délai théorique, mais également sur l'analyse des éléments objectifs ressortant du dossier médical et, notamment, l'absence d'atteinte organique d'origine accidentelle. >[endif]>[if> Le recourant met en doute les conclusions de ces médecins, au motif qu'ils ne l'ont pas examiné personnellement. Toutefois, comme l'a souligné le Tribunal fédéral, un examen personnel n'est pas indispensable pour reconnaître valeur probante à un rapport médical, a fortiori lorsque comme dans le cas du recourant, l'analyse du droit aux prestations exige de déterminer quelles lésions l'accident a entraînées. En effet, cette question peut souvent être résolue par l'étude de l'historique et du dossier médical, en particulier des documents d'imagerie, sans qu'un examen clinique de la personne assurée soit indispensable. Sur le fond, force est de constater que les rapports des Drs GALLAND et GRILLET sont motivés, qu'ils ont été établis en connaissance du dossier médical du recourant, après examen des images radiologiques à disposition, et en ayant de surcroît requis l'avis d'un spécialiste externe, le Prof. THEUMANN. Ce dernier a exposé de manière détaillée les résultats de son analyse et sa conclusion est convaincante. Partant, la Cour de céans n'a pas de motif de s'écarter des avis des Drs GALLAND et GRILLET, que les rapports des médecins traitants du recourant ne suffisent de plus pas à remettre en cause. Le Dr DRIDI a bien retenu une fracture du coin antéro-inférieur de la vertèbre C5. Cet avis suscite cependant certains doutes, puisque ce faisant, il se réfère aux radiographies du 29 juillet 2020, alors même que celles-ci ne mentionnent précisément aucune fracture et soulignent l'absence de lésion osseuse. On relèvera d'ailleurs que le Dr DRIDI a fait état d'un discret listhésis, que le radiologue semblait avoir exclu dans son rapport relatif à ces radiographies, et qui est également écarté dans le rapport d'IRM du 14 septembre 2020. Quant au Dr CHARDON, s'il a mentionné une fracture de la vertèbre C5, son certificat n'est aucunement motivé et on ignore sur quels éléments il se fonde pour retenir une telle atteinte. Le rapport de scintigraphie produit durant la procédure judiciaire indiquant l'absence d'anomalie au niveau C5, il paraît également conforter la position des médecins-conseils de l'intimée. Il n'est ainsi pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a subi une fracture de la vertèbre C5 lors de l'événement de juin 2020. Par surabondance, on relèvera que même s'il fallait admettre qu'une telle fracture s'est bien produite, il n'est pas certain que cela soit suffisant pour fonder un droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical. En effet, d'une part, il n'apparaît pas clairement établi que cette fracture est bien à l'origine des troubles du recourant : le Dr COLOSIMO soulignait en effet que les douleurs cervicales pourraient être causées par des troubles d'origine dégénérative en mai 2021. Or, l'intimée ne répond pas de tels troubles, puisqu'ils n'ont pas été causés par l'accident. Le Dr DRIDI semblait en septembre 2020 ne pas mettre les douleurs sur le compte de la fracture, puisqu'il relevait que les radiographies de juillet 2020 étaient rassurantes et qu'il émettait l'hypothèse d'une entorse cervicale. Ce neurochirurgien a en outre qualifié la fracture de stable en janvier

2021. Enfin, à cette date, il paraissait pronostiquer une reprise du travail deux à trois mois plus tard, ce qui correspond à peu près à la date dès laquelle le Dr GALLAND a considéré que l'accident n'entraînait plus d'effet. En ce qui concerne les troubles du genou, aucun médecin traitant n'a signalé de répercussions particulières, ni même de traitement en lien avec cette atteinte. En outre, il n'existe aucun avis divergent permettant de s'écarter de la conclusion des Drs GRILLET et GALLAND, selon laquelle la méniscopathie n'est pas d'origine accidentelle, mais dégénérative. Partant, l'intimée ne doit pas non plus verser de prestations pour cette pathologie. Compte tenu de ces éléments, la décision de l'intimée mettant fin aux prestations au 21 mars 2021 doit être confirmée.

E. 10

Le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis a contrario). 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.