

GE_GERICHTE A/530/2007 vom 7. Januar 2008

GE Cour de justice, 2008-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_530_2007

FR: GE_GERICHTE A/530/2007 du 7 janvier 2008

IT: GE_GERICHTE A/530/2007 del 7 gennaio 2008

Erwägungen

E. 31

Le 23 avril 2007, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties. La recourante a déclaré : "J'enseigne actuellement à 80 % au collègue Bouvier. Avant mon accident de juillet 2003 j'avais demandé à pouvoir retravailler à plein-temps dès septembre 2003. J'ai recommencé à travailler à 30 % en août 2004, à 50 % en novembre 2004, à 70 % en mars 2005 et à 80 % en juillet 2005. Mon incapacité de travail oscille entre 20 et 30 % depuis juillet 2005. Il y a deux mois j'ai renouvelé ma demande de mon temps de travail pour un plein-temps. Je précise que je ne sais pas si je suis capable de travailler à plein-temps mais je suis obligée de déposer une telle demande pour un impératif financier. Actuellement je souffre encore de mon pied droit, lequel présente un sùdeck qui m'occasionne de fortes douleurs du pied et de la jambe. Je ne peux plus conduire de moto, j'ai un système spécial pour l'accélérateur de ma voiture, je souffre à la marche en montée et en descente et je dois porter des chaussures spéciales. En 2006, j'avais également demandé à augmenter mon temps de travail ce qui m'avait été refusé en raison de mon état de santé. Je demande à ce que la décision de refus d'indemnités journalières du 14 mars 2006 soit revue et que la SUVA prenne en charge le traitement, soit de la physiothérapie, de l'acupuncture, de l'ostéopathie et les factures de mes médecins. Je demande également une IPAI. Parfois j'ai le pied glacé, parfois il est bouillant et rouge, il y actuellement une stabilisation dans la symptomatologie. Je vais me rendre en mai au HUG pour une tentative de traitement. Actuellement je prends parfois des analgésiques, des anti-inflammatoires, des médicaments homéopathiques et je pratique des bains pour mon pied. Je n'ai pas réagi à la décision du 14 mars 2006 car, d'une part, mon ancien avocat ne m'a pas correctement expliqué les conséquences de celle-ci et, d'autre part, je pensais que la SUVA me reconnaissait une incapacité de travail de 20 %. Je réclame l'indemnité journalière portant sur les 20 % de mon activité qui m'ont été refusés suite à ma demande d'augmentation de travail pour l'année scolaire 2006-2007, voire pour l'année scolaire 2005-2006 dès lors qu'il me semble que j'avais également à l'époque déposé une demande d'augmentation de mon temps de travail. J'ai repris un travail à 80 % en forçant car j'en paie le prix quotidiennement dès lors que je dois me reposer en dehors de mes heures de travail. Malgré le fait que j'alterne les positions en travaillant mon pied me fait souffrir." La SUVA a relevé qu' "il n'y a pas de droit à une IPAI en raison du seul état douloureux du pied. Pour le reste nous confirmons notre décision de cessation d'indemnités journalières et de prise en charge du traitement". En l'état, les parties ont déclaré être d'accord de laisser le dossier en suspens dans l'attente des rapports médicaux des HUG qui devaient être rendus suite à la consultation de mai 2007.

E. 32

Le 30 juillet 2007, la recourante a transmis plusieurs pièces et estimé qu'au vu de celles-ci, la décision de la SUVA du 5 janvier 2007 n'était pas fondée en tant qu'elle refusait de revoir sa décision de refus d'indemnité journalière du 14 mars 2006 et rejetait son opposition en mettant un terme aux indemnités journalières et en refusant tout IPAI. Elle a produit les documents suivants : Un formulaire "vœux d'emploi 2003-2004" , signé le 30 janvier 2003 par la recourante, comprenant une demande d'augmentation de son taux d'activité à un poste D (20-24). Un formulaire "vœux d'emploi 2004-2005" , signé le 29 janvier 2004, comprenant une demande identique. Un rapport médical du 27 avril 2007 du Dr F_____, rendu à la suite de l'examen de la recourante les 7 avril 2004, 20 avril 2005 et 31 août 2005. Il pose le diagnostic de "status post entorse grave du pied droit, avec contusion du nerf tibial droit et lésion capsulo-ligamentaire du pied. Algodystrophie post-traumatique du pied droit au décours. Status après discothomie microchirurgicale L4-L5 pour volumineuse hernie discale gauche en octobre 2003" . Il estime qu'à l'époque du dernier examen, on se trouvait dans un délai encore raisonnable suite aux séquelles d'une algodystrophie du pied droit, condition connue pour générer des douleurs résiduelles persistantes. Un rapport complémentaire du 14 mai 2007 du Dr F_____ rendu à la suite de l'examen de la recourante. Il relève que "les troubles constatés sont certainement la conséquence de l'accident du 21.08.2003. La raison est qu'il n'existe pas d'autres pathologies antérieures au niveau du membre inférieur droit ni d'autres problématiques médicales pouvant expliquer les troubles résiduels" . L'assurée n'avait pas recouvré une totale capacité de travail suite aux conséquences de son accident du 21 juillet 2003, en raison de l'état douloureux chronique au niveau du pied droit, aggravé par la marche et les déplacements, ceux-ci étant nécessaires dans son enseignement, et d'une fatigue chronique. Le cas n'était pas stabilisé. Une attestation du directeur du collège et école de commerce Nicolas Bouvier du 25 juin 2007 attestant de l'attribution à la recourante du poste 16-19 (80 %) et non pas 20-24 (100 %) pour des raisons de santé durant les années scolaires 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007. Un rapport médical du Dr G_____, médecin adjoint responsable antalgie post-opératoire et interventionnelle aux HUG, du 22 mai 2007 à la suite d'une consultation du 22 mai 2007. Il pose le diagnostic d'algodystrophie du pied droit depuis 2003 et relève que "Les douleurs, typiquement algodystrophiques au niveau du pied, irradient dans le MID avec des retentissements musculaires dorsolombaires, augmentées par la marche, diminuées par le repos et associées à une mauvaise qualité du sommeil. Afin d'améliorer la situation, nous proposons, comme vous l'avez suggéré les phases diagnostics suivantes : bloc sympathique lombaire afin d'écarter la composante autonome de ses douleurs, bloc somatique au niveau L5-S1 droite afin d'écarter la contribution somatique périphérique de ces douleurs, si nous constatons que ni le système autonome, ni le système somatique ne contribuent à la persistance de ses douleurs, nous en concluons qu'il s'agit d'une douleur centralisée pour laquelle la patiente pourrait bénéficier de séances d'hypnothérapie avec le Dr Alain FORSTER". Un rapport médical du Dr H_____, clinique VITA-MED, médecine générale et tropicale, du 30 juillet 2007. Il était le médecin-traitant de la recourante depuis novembre 2005. Il avait déconseillé à sa patiente de subir les tests préconisés par le Dr G_____ pour les raisons suivantes : "Ma patiente a eu un accident de scooter le 30.05.2007 et il me semblait totalement inadapté de lui faire subir des tests à but diagnostics. Ma patiente souffre depuis 2003 et sa vie est limitée par les douleurs qu'elle ressent depuis cette date au niveau du membre inférieur droit (MID). Elle n'est en aucun cas une simulatrice, mais bien au contraire une personne qui a l'habitude de sous-estimer et de ne pas assez tenir en compte ce que son corps lui envoie

comme message. Il me semble par conséquent inopportun en l'état de lui faire subir des tests dont la valeur diagnostique est d'une part discutable et d'autre part dont les résultats pourraient être mis en au vu de l'accident dont a été victime Madame Isabelle M_____".

E. 33

Le 12 octobre 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours et produit une appréciation médicale du Dr I_____, FMH chirurgie orthopédique, du 24 septembre 2007, selon laquelle on pouvait admettre, selon la littérature médicale, l'existence d'un lien de causalité vraisemblable entre une algodystrophie et un accident si l'intervalle les séparant était court, soit six à huit semaines. Un intervalle de plusieurs mois, comme c'était le cas en l'espèce, excédait la norme maximale et donc l'hypothèse évoquée dans la littérature médicale d'une association entre hernie discale lombaire symptomatique (opérée chez la recourante le 13 octobre 2003) et développement d'une algodystrophie du pied (constatée par le Dr C_____ en janvier 2004) paraissait bien fondée. Par ailleurs, le concept selon lequel il existerait chez la recourante, au titre de résultante d'une algodystrophie, une activation du sympathique n'était guère convaincant. En outre, selon le Dr D_____, sa patiente n'avait pratiquement plus de signes inflammatoires au printemps 2004, ce qui était cohérent avec la littérature médicale qui estimait que le stade 1 de l'algodystrophie durait en moyenne quatre mois. En conclusion, la prise en charge de l'algodystrophie au titre de séquelle d'une entorse était a posteriori bien discutable et il était infondé de considérer qu'une algodystrophie de stade 1 après amendement de ses signes cliniques pouvait être à la source de douleurs chroniques.

E. 34

Le 16 novembre 2007, la recourante a transmis des avis médicaux complémentaires et sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale, soit : Un avis de la Dresse J_____, FHM neurologie, du 9 novembre 2007, relevant que l'hypothèse du Dr I_____ d'une algodystrophie du pied droit développée sur un syndrome radiculaire du même côté était tout à fait exclue car le syndrome radiculaire de la patiente concernait le côté gauche, une volumineuse hernie discale L4-L5 gauche ayant été opérée le 10 octobre 2003 en urgence. D'autre part, elle relève que "l'EMG pratiqué le 24 octobre 2003 par le Dr K_____ mettait en évidence une discrète lésion du nerf tibial postérieur droit au tunnel tarsien avec dénervation très modérée, non évolutive, dans le court fléchisseur du premier orteil. Dans ce cadre, il me semble qu'une algodystrophie en lien avec cet accident reste probable" . Un avis du Dr B_____ du 13 novembre 2003 selon lequel la patiente "a été opérée d'une hernie discale L4-L5 gauche volumineuse et luxée, avec une importante parésie. Cette patiente a fait une chute sur un bateau (21.07.2003), avec impaction au niveau de la cheville droite. Ceci a amené une boiterie, et la patiente se déplace avec des cannes. La hernie discale ne peut être tenue responsable du syndrome algodystrophique au pied droit, celui-ci étant par ailleurs nettement endommagé par l'accident précédant l'épisode lombaire. Pour le problème du pied droit, nous avons demandé l'avis de l'orthopédiste FMH Dr M. C_____. Consultation le 20 octobre 2003. Le 30 octobre 2003, le Dr C_____ a adressé un rapport au Dr D_____ dans lequel il apparaît clairement que le diagnostic est posé et le traitement en cours" .

E. 35

Le 27 novembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse L_____, rhumatologue.

E. 36

Les 4 décembre 2007 et 17 décembre 2007, les parties ont déclaré n'avoir aucune objection à faire valoir quant à l'expert désigné et adhérer à la mission d'expertise. La recourante a encore produit un avis du Dr F _____ du 19 novembre 2007 selon lequel l'algodystrophie était secondaire à l'accident, le Dr I _____ ayant commis une erreur manifeste d'interprétation puisque l'assurée avait souffert d'un syndrome radiculaire gauche et non droit. Elle présentait encore le 8 mai 2007 des séquelles de l'algodystrophie et les douleurs chroniques causées par celle-ci avaient entraîné une souffrance globale invalidante importante constatée lors de consultations entre le 7 avril 2004 et le 14 novembre 2007. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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 du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) 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 de la causalité naturelle 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; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références).

5. a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 6. En l'espèce, les avis divergents des médecins consultés ne permettent pas de trancher la question de la causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé de la recourante et l'accident du 21 juillet 2003. En conséquence, il sera ordonné une expertise médicale, laquelle sera confiée à la Dresse L_____, médecin spécialiste en rhumatologie à 1203 Genève.

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