

GE_GERICHTE A/823/2010 vom 4. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_823_2010

FR: GE_GERICHTE A/823/2010 du 4 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/823/2010 del 4 novembre 2009

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur D _____, domicilié à Etrembières, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse, 6002 Lucerne intimée EN FAIT Monsieur D _____ a été victime en date du 28 juin 2005 d'un accident de la circulation qui lui a occasionné de multiples fractures, une contusion pulmonaire bilatérale et des contusions hépatiques et spléniques. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) a pris cet accident non professionnel à sa charge et le droit à une rente d'invalidité de 100% a été reconnu à l'assuré à compter du 1^{er} janvier 2008. Le 26 août 2009, l'assuré a fait valoir en tant que conséquences de l'accident des troubles vertébraux et de fortes douleurs dorsales dont il a demandé la prise en charge. Par décision du 4 novembre 2009, la SUVA a refusé au motif que ces troubles relevaient d'une comorbidité indépendante de l'accident assuré. Sur opposition, la SUVA a confirmé cette décision en date du 4 février 2010. La SUVA s'est référée à l'avis du Dr L _____, son médecin d'arrondissement remplaçant, qui a relevé que l'accident survenu en 2005 n'a pas occasionné de lésions de la colonne vertébrale et constaté à la lecture du rapport d'examen du Dr M _____ du 12 février 2008 que seule une discrète bascule du bassin était décrite. La SUVA a ajouté qu'il ressortait clairement des rapports du Dr N _____ des 20 janvier et 19 février 2007 que les douleurs lombaires étaient survenues une semaine et demie plus tôt et que de nombreux blocages dorsaux avaient été constatés. Par écritures du 8 mars 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à ce que la SUVA soit condamnée à prendre en charge le traitement des troubles dorsaux, subsidiairement à ce qu'une expertise soit mise sur pied. Le recourant reproche à la SUVA de s'être contentée de l'avis médical de son médecin d'arrondissement alors même que ses médecins, les Drs O _____, N _____ et M _____ ont conclu à un lien de causalité avec l'accident. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 11 mai 2010, a conclu au rejet du recours. L'intimée souligne que l'accident n'avait occasionné aucune lésion de la colonne vertébrale et qu'en février 2008, seule une discrète bascule du bassin était décrite, ce qui exclut toute atteinte significative de la statique vertébrale. L'intimée ajoute que le cas a encore été soumis au Dr P _____, du service de médecine des assurances, dont elle produit l'avis. Le Dr P _____, se basant sur l'étude des différentes radiographies versées au dossier de l'assuré, estime que les plaintes de ce dernier relatives à sa hanche gauche et à son dos ne peuvent s'expliquer par les suites des blessures subies lors de son accident. Quant au fait que l'assuré ait eu l'impression que ses douleurs étaient consécutives à l'emploi de cannes anglaises, le médecin soutient qu'il n'existe aucun motif médical plausible en faveur de cette hypothèse. Au contraire, selon lui,

on peut présumer que l'utilisation de cannes contribue à décharger les jambes de l'assuré et éventuellement le rachis lombaire, lequel a pu en outre profiter du ménagement corporel dont l'assuré a bénéficié durant ces dernières années en raison des problèmes rencontrés au niveau de son pied droit. Quant à l'hypothèse selon laquelle une attitude penchée ou en rotation aurait conduit à un déplacement des corps vertébraux, le médecin estime qu'elle n'est étayée par aucun argument ou résultat d'examen médical. L'observation du Dr N_____ d'une convergence droite de L1 est simplement la description d'une attitude corporelle asymétrique avec correction inévitable dans le rachis lombaire. Enfin le Dr P_____ fait remarquer que différents médecins ont présumé à tort d'une lésion de la hanche gauche avec séquelles. Il termine en relevant que le diagnostic de fracture du grand trochanter ne peut être confirmé sur le fondement de la documentation radiologique car aucun trait de fracture n'est visible. L'intimée en tire la conclusion qu'il n'existe aucune appréciation médicale de nature à mettre en doute les avis précités, puisque l'évocation par le Dr M_____ de lombalgies « suite à l'accident » ne peut être interprétée tout au plus que comme une application du principe post hoc ergo propter hoc, que le Dr O_____ se montre peu affirmatif sur la question du lien de causalité et que le Dr N_____ n'explique pas pour quel motif il conclut en ce sens. Dans sa réplique du 21 juin 2010, l'assuré a allégué que l'utilisation de cannes anglaises durant cinq ans ne peut avoir contribué à soulager son dos et que les douleurs apparues à ce niveau sont certainement des complications dues à l'utilisation de ces cannes. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 13 janvier 2011 à laquelle ont été convoqués les Drs M_____, N_____ et O_____. Le premier ne s'est pas présenté, le second s'est présenté en expliquant que l'ordre des médecins de Haute-Savoie ne l'avait pas autorisé à s'exprimer et le troisième a donné la même explication par écrit. Interrogé par écrit, le Dr M_____ a brièvement répondu par la négative à la question de savoir si les troubles dorsaux de l'assuré étaient en relations de causalité avec l'accident de 2005 et par l'affirmative à celle de savoir si ces troubles seraient apparus sans l'accident, expliquant qu'il s'agit là de troubles dégénératifs. Le Dr N_____ a quant à lui indiqué qu'il concluait à une relation de causalité entre les troubles dorsaux et l'accident et ce de manière certaine, expliquant que les fractures du bassin, de la hanche gauche et de la chevilles avaient eu pour conséquences des réactions musculaires (hypertonie) et que l'accident était la seule cause possible et logique. Quant au Dr O_____, il a émis l'avis que les lésions consécutives à l'accident avaient soumis le rachis de son patient à des contraintes statiques et dynamiques inhabituelles à l'origine des troubles lombaires. Le recourant a dès lors persisté dans ses conclusions. L'intimée a fait de même. EN DROIT Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte uniquement sur la question de savoir si les troubles de la colonne vertébrale et lombaire allégués par l'assuré et apparus en 2007 lui ouvrent droit à des prestations d'assurance de la SUVA au

titre de l'accident dont l'intéressé a été victime le 28 juin 2005. 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références). Par ailleurs, en cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (cf. arrêt du 17 mai 2002 [U 293/01; consid. 1] résumé dans REAS 2002 p. 307). Il y a causalité naturelle 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 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 de l'expert soient dûment 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 et les références). Ainsi, 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait qu'un médecin 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). En l'espèce, il sied de relever que la question litigieuse est essentiellement d'ordre médical. Les Drs L _____ et P _____ ont clairement exclu tout lien de causalité adéquate. Les arguments avancés à l'appui de cette position apparaissent convaincants puisqu'il est vrai que l'accident de 2005 n'a pas occasionné de lésions directes à la colonne vertébrale de l'assuré et qu'en février 2008, seule une discrète bascule du bassin pouvait être observée. S'il est vrai que les Drs O _____ et N _____ concluent différemment, il convient de garder à l'esprit que la notion de causalité naturelle telle que la connaît le droit suisse leur est peu familière puisque ces médecins exercent en France. On relèvera au surplus que d'après les dires du Dr N _____, les douleurs lombaires ne se sont manifestées qu'en 2007 et que de nombreux blocages dorsaux ont été constatés, ce qui tend à démontrer que les douleurs présentes sont plus le résultat d'un processus dégénératif, ce que confirme d'ailleurs clairement le Dr M _____. Les hypothèses émises par les Drs O _____ et N _____ ne sauraient dès lors convaincre au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence. Au vu l'absence d'atteinte directe et d'avis médicaux suffisamment motivés contraires à ceux des Drs L _____ et P _____, il convient de suivre ces derniers et de conclure à l'absence de relation de causalité naturelle, étant rappelé que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid. 1c; consid 1 de l'arrêt du 17 mai 2002 précité). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.