

GE_GERICHTE ATAS/1166/2012 vom 26. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1166_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1166/2012 du 26 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1166/2012 del 26 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) 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.

A/4335/2011 - 16/24 -

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2010, plus particulièrement sur le versement d'indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical. En revanche, le droit à la rente auquel la recourante conclut à titre subsidiaire ne fait pas l'objet du présent litige dès lors que l'intimée n'a pas statué sur cette prétention. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. Dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées).

E. 5

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que

l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux

A/4335/2011 - 17/24 - indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

E. 6

Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question 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 les assurances sociales. 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; ATF non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). 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 (ATF non publié 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3).

E. 7

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire

des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 129 V 177 consid. 3.2; ATF non publié 8C_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents

A/4335/2011 - 18/24 - eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF non publié 8C_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF non publié 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF non publié 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques, tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF non publié 8C_541/2007 du 1er juillet 2008, consid. 4.2 et les références). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut en règle générale être d'emblée nié, tandis qu'il doit en principe être admis en cas d'accident grave. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (ATF non publié 8C_510/2008 du 24 avril 2009, consid. 5.2; ATFA non publié U 369/01 du 4 mars 2002, consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères suivants, dont la liste est exhaustive (ATF 134 V 109 consid. 10.2 ; ATF non publié 8C_311/2009 du 26 octobre 2009, consid. 4.1) :

A/4335/2011 - 19/24 - – les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; – la gravité ou la nature particulière des lésions; – l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; – l'intensité des douleurs; – les erreurs dans le traitement médical entraînant une

aggravation notable des séquelles de l'accident; – les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes; – l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références, ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

E. 8

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, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 118 V 286 consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre

A/4335/2011 - 20/24 - en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). En ce qui concerne les 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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). 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, si 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 (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

E. 9

En préambule, s'agissant de l'incapacité de travail, la Cour de céans relève que l'incapacité de travail totale puis partielle dès l'accident jusqu'au 30 juin 2010 n'est pas contestée par l'intimée et a d'ailleurs été indemnisée par cette dernière. Or, les rapports médicaux auxquels se réfère la recourante pour affirmer que son incapacité de travail est reconnue par tous les médecins consultés sont très largement antérieurs à la date à laquelle l'intimée a mis un terme au versement d'indemnités journalières. Le rapport de la Dresse L _____ préconisant la poursuite de l'arrêt de travail date en effet de mai 2009, celui du Dr B _____ du 15 septembre 2009 et celui du Dr I _____ du 10 novembre 2009. Quant au rapport du Dr C _____, qui a certes exclu une reprise du travail avant

A/4335/2011 - 21/24 - l'amélioration des maux de tête et des vertiges, il a été établi en février 2009, soit moins de deux mois après l'accident. Or, il y a eu depuis une diminution des maux de tête, comme cela ressort du rapport du Dr B _____ du 10 juin 2009 et ce même médecin ne fait plus état de vertiges dans son courrier du 4 novembre 2010 répertoriant tous les symptômes de la recourante. Quant aux rapports du Dr I _____ et de la Dresse L _____ établis respectivement le 4 août et le 21 septembre 2010, ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante. Les Drs M _____ et N _____ n'ont pas non plus pris de conclusion sur la capacité de travail. Ainsi, il n'existe aucun rapport des médecins traitants de la recourante postérieur au 30 juin 2010 et concluant de manière motivée à une incapacité de travail de celle-ci. Sur ce point, les avis médicaux au dossier ne sont dès lors pas en contradiction. En ce qui concerne les céphalées alléguées par la recourante, il convient de souligner qu'aucun des médecins consultés et aucun des examens pratiqués n'a permis de mettre en évidence de lésion à la suite de l'accident du 30 décembre 2008. Seul le Dr I _____, dans son avis du 4 août 2010, a émis l'avis que des microtraumatismes pourraient expliquer les douleurs de la recourante. Cet avis n'est cependant étayé ni par des références médicales ni par des résultats d'examens et ce neurologue n'a proposé aucune mesure d'investigation qui permettrait d'accréditer cette thèse. Partant, il ne s'agit que d'une simple hypothèse qui n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. Le mandataire de la recourante a du reste lui-même indiqué qu'il n'y avait pas de lésion objectivable lors de l'audience. De plus, tant le Dr D _____ lors du séjour de la recourante à la CRR que le médecin d'arrondissement de la SUVA lors de son appréciation du 6 mai 2010 et la Dresse L _____ dans son courrier du 14 février 2011 ont évoqué une possible origine tensionnelle des céphalées, ce qui semble exclure une étiologie traumatique. En l'absence de toute lésion entraînée par l'accident subi le 30 décembre 2008, il convient de recourir à la méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquat développée par la jurisprudence en matière de traumatismes cranio-cérébraux. On retiendra en premier lieu que l'accident était une chute banale et appartient objectivement à la catégorie des accidents de peu de gravité. S'agissant des critères dégagés par le Tribunal fédéral et rappelés ci-dessus, ils ne sont à l'évidence pas tous remplis. On

peut d'emblée nier qu'une chute dans une patinoire telle que celle de la recourante se déroule en des circonstances dramatiques et qu'elle ait un caractère impressionnant. Cet événement n'a par ailleurs pas entraîné de lésion particulière. On ne saurait non plus qualifier le traitement de particulièrement lourd et pénible, attendu que les soins ont essentiellement consisté en du repos et un traitement antalgique. Il n'y a eu aucune erreur dans le traitement médical entraînant d'aggravation de l'état de santé de la recourante, ni de complications importantes. En définitive, seuls les critères de l'intensité des douleurs et de l'importance de l'incapacité de travail pourraient être admis en l'espèce, sans qu'il soit nécessaire de déterminer s'ils présentent une intensité

A/4335/2011 - 22/24 - particulière. En effet, en cas d'accidents insignifiants, seuls deux critères remplis ne suffisent pas à admettre que les troubles sont en lien de causalité avec l'accident subi. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis un terme aux prestations versées à la recourante. Les griefs de la recourante ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. Il n'est en particulier pas besoin d'examiner le bien-fondé de ses allégations sur les traumatismes cranio-cérébraux et la nature et la durée des céphalées qui peuvent s'ensuivre. Il est également inutile de déterminer s'il convient de se rallier à l'appréciation du Dr S _____ et à ses considérations sur l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral et la survenance d'une perte de connaissance à la suite de la chute. En effet, les céphalées de la recourante ne sont pas contestées. Cependant, en l'absence de tout substrat organique ou de lésion imputable à l'accident et de la majorité des critères jurisprudentiels fondant un lien de causalité adéquat entre la chute du 30 décembre 2008 et les atteintes de la recourante au-delà du 30 juin 2010, les troubles de la recourante ne peuvent être pris en charge par l'intimée. En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Il convient encore de préciser que le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes se sont manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident mais revient à raisonner selon le principe *post hoc, ergo propter hoc* (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; ATF non publié 8C_178/2010 du 22 juin 2010, consid. 4.1). Enfin, le seul fait que la Dresse O _____ ait écarté une pathologie psychiatrique et que les tests neuropsychologiques se soient révélés bons n'implique pas que les troubles actuels sont en lien de causalité avec l'accident puisque d'autres causes peuvent être à leur origine. La recourante requiert l'audition des Drs I _____, C _____ et L _____. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En application de ce principe, la Cour de céans renoncera à l'audition de ces témoins. En effet, dans la mesure où ces spécialistes ne font pas état dans

A/4335/2011 - 23/24 - leurs rapports de lésions objectivables qui pourraient conduire à une appréciation différente du cas d'espèce, il n'est pas nécessaire de recueillir leurs témoignages. Tel est également le cas de la sœur de la recourante, puisque le point de savoir si celle-ci a subi une perte de connaissance consécutive à sa chute n'est pas déterminant en l'espèce. Par surabondance, la Cour de céans relève que contrairement à ce qu'affirme la recourante, son état de santé paraît stabilisé. En effet, ses atteintes semblent n'avoir guère évolué depuis le 30 juin 2010 et aucun traitement médical particulier permettant d'espérer une rémission de ses maux de tête n'est prévu. Le Dr I_____ a certes indiqué dans son rapport du 17 août 2010 que l'état n'était pas stabilisé, dès lors que toutes les alternatives thérapeutiques n'avaient pas été mises en œuvre et qu'une amélioration liée à l'écoulement du temps pouvait survenir. Les Drs L_____, M_____ et N_____ ont également préconisé des modifications du traitement médicamenteux. Cependant, à la lumière de la jurisprudence citée plus haut, la seule éventualité qu'un changement dans la médication amène des résultats positifs ne suffit pas à considérer que le traitement médical puisse amener une amélioration sensible. En l'espèce, le succès qu'on pourrait escompter d'un nouveau traitement médical paraît d'autant plus incertain que le Dr I_____ ne précise pas quelles mesures thérapeutiques doivent être envisagées. On doit dès lors admettre que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 30 juin 2010. En vertu des dispositions légales, elle n'a dès lors plus droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical dès cette date. Partant, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations au 30 juin 2010.

E. 10

Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4335/2011 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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