

# **GE\_GERICHTE ATAS/1173/2014 vom 17. November 2014**

GE Cour de justice, 2014-11-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1173\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1173_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1173/2014 du 17 novembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1173/2014 del 17 novembre 2014

## **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 ; RS/GE 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.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la 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 343 consid. 3).

### **E. 3**

En application de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Adressé par pli postal le 28 février 2014, le recours contre la décision de l'intimée du 30 janvier 2014 intervient en temps utile. Le recours est donc recevable, car interjeté au surplus en la forme prévue par la loi (art. 56ss LPGA).

### **E. 4**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente 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. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En l'espèce, le recourant ne fait plus grief à l'intimée d'avoir dénié tout caractère accidentel à l'événement du 6 août 2013. Par conséquent, le litige porte uniquement sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 30 janvier 2014, à nier l'existence d'une rechute en lien avec l'événement accidentel du 14 décembre 2012.

## **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. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

A/643/2014 - 6/10 -

## **E. 6**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009). 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» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

## **E. 7**

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif

préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

A/643/2014 - 7/10 - En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

#### **E. 8**

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 versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3). 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 n. U 275 p. 191 consid. 1c ; cf également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2).

#### **E. 9**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/643/2014 - 8/10 - let. c LPG), 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.

## **E. 10**

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il 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 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

## **E. 11**

En l'occurrence, il s'agit de déterminer si les plaintes signalées par le recourant à partir du mois d'octobre 2013 peuvent être mises en relation de causalité avec l'accident du 14 décembre 2012. L'intimée a retenu, à l'appui de la décision litigieuse, que le recourant présentait des troubles dégénératifs préexistants, sous la forme d'une lyse isthmique L5-S1 occasionnant un antélisthesis de stade 1, lesquels s'étaient aggravés suite à l'accident du 14 décembre 2012. Le recourant quant à lui soutient n'avoir jamais souffert de telles douleurs dorsales avant le premier sinistre. La chambre de céans relève en premier lieu que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de retenir un diagnostic à l'origine des plaintes du recourant. Elle rappelle à cet égard que la Dresse C\_\_\_\_\_ a signalé l'existence d'une « fracture de L5 » (rapport du 31 janvier 2014), alors que le Dr D\_\_\_\_\_ a uniquement mentionné une « lombosciatique » et des « lésions

A/643/2014 - 9/10 - rachidiennes » (rapport du 3 juin 2014), sans se prononcer sur l'appréciation de sa consœur. Il est donc impossible de savoir s'il s'en est volontairement distancé et, le cas échéant, pour quelle raison. En outre, le recourant a allégué avoir été « plâtré » durant cinq semaines en automne 2013, mais aucun des médecins consultés n'a fait état d'un tel traitement, de sorte que les causes d'une éventuelle immobilisation sont inconnues. En second lieu, la chambre de céans constate que les allégations de l'intimée relatives à l'existence de troubles dégénératifs préexistants ne sont étayées par aucune pièce du dossier. En effet, si la Dresse C\_\_\_\_\_ a effectivement indiqué, dans son rapport du 22 janvier 2013, qu'un bilan radiologique - dont les rapports n'ont pas été produits par les parties - avait mis en évidence un antélisthesis de L5 et un pincement des disques L4-L5 et L5-S1, elle n'a pas précisé la date à laquelle ces radiographies avaient été réalisées ni si elles permettaient de conclure que lesdits diagnostics étaient antérieurs au traumatisme de

décembre 2012. On ne saurait donc déduire de ce document que la lyse isthmique et l'antélisthésis seraient des troubles dégénératifs préexistants. Par ailleurs, le simple fait que le médecin- traitant ait répondu positivement à la question de savoir si le recourant avait déjà souffert préalablement d'atteintes similaires à la santé, à savoir de lombalgies et de douleurs dorsales, ne suffit pas pour retenir l'existence d'un état maladif antérieur. S'agissant du rapport rédigé par le Dr E \_\_\_\_\_ le 2 décembre 2013, il ne permet pas non plus de conclure que la lyse isthmique et la sténose foraminale diagnostiquées suite au scanner lombaire - dont la date de l'examen n'est pas indiquée -, relèvent d'un état maladif préexistant, faute d'une quelconque précision à cet égard. Force est donc de conclure que les pièces médicales qui figurent au dossier sont insuffisantes pour se déterminer, d'une part, sur la question du lien de causalité entre les plaintes actuelles du recourant annoncées en tant que rechute et l'atteinte à la santé causée à l'époque de l'accident du 14 décembre 2012. D'autre part, elles ne permettent pas de se prononcer sur l'existence d'un éventuel état maladif préexistant comme le prétend l'intimée. Dans ces conditions, cette dernière aurait dû demander des informations complémentaires aux médecins du recourant et, au besoin, solliciter l'avis de son médecin-conseil, voire mettre en œuvre une expertise.

#### **E. 12**

Vu l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige. A défaut d'instruction suffisante, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à de plus amples investigations.

#### **E. 13**

Partant, le recours est partiellement admis, la décision de l'intimée annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H LPA).

A/643/2014 - 10/10 - 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.