

GE_GERICHTE ATAS/1350/2014 vom 23. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1350_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1350/2014 du 23 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1350/2014 del 23 dicembre 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 - E 2 05) en vigueur depuis 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

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 bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à sa prise en charge avec effet au 30 septembre 2013, faute de causalité naturelle entre les troubles persistants et l'événement assuré.

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/4082/2013 - 9/14 - La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 6

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 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 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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).

A/4082/2013 - 10/14 - Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

E. 8

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 à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 9

a. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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. A cet égard, il importe 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. 3).

A/4082/2013 - 11/14 - c. 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 351 consid. 3b). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci 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 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. Etant 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). e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin

interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). f. 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

A/4082/2013 - 12/14 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 10

En l'espèce, la question à trancher - à savoir la relation de causalité naturelle entre les troubles persistants du recourant et l'événement assuré - relève du domaine médical. Il y a donc lieu de se référer à l'avis du médecin-conseil de l'assurance, avis au demeurant rendu sur la base d'un dossier complet, argumenté et étayé à plusieurs reprises. Ses explications doivent au surplus être examinées à l'aune de la jurisprudence selon laquelle, en présence de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). En premier lieu, le Dr E_____ explique que, lors d'un accident de voiture en position assise, la colonne lombaire est bien protégée, de sorte que seul un ébranlement vertébral peut être causé. Selon lui, un tel accident ne peut en aucun cas entraîner la péjoration d'un canal lombaire étroit. Certes, la Dresse F_____ conclut le contraire, mais il convient de relever que ses conclusions se basent sur une prémisse erronée, celle selon laquelle l'assuré n'aurait jamais souffert de lombalgies avant l'accident, ce qui est contraire à la réalité, aux dires du recourant lui-même. La Dresse F_____ admet que le rétrécissement du canal est congénital mais émet l'hypothèse, basée sur cette prémisse, que l'accident a manifestement été assez violent pour le décompenser avec - ajoute-t-elle - probablement, la réalisation d'une petite hernie discale médiane L3-L4 de façon associée. Or, cette hernie apparaissait déjà sur l'IRM réalisée avant l'accident. Le recourant ne saurait donc tirer aucun argument des conclusions de la Dresse F_____, dont la méconnaissance du dossier apparaît manifeste.

E. 11

Ainsi que le relève le Dr E_____, l'examen du 4 janvier 2013 mettait déjà en évidence un canal lombaire étroit sévère. Or, la symptomatologie s'explique principalement par cette atteinte. Les explications fournies par le Dr E_____ à cet égard apparaissent convaincantes : l'infiltration des articulations postérieures n'a soulagé que partiellement le patient - ce qui laisse à penser que les douleurs n'étaient pas dues principalement à cette congestion -, alors que l'anesthésie épidurale, en revanche, a eu un effet direct sur la sténose lombaire (canal lombaire étroit) et a entraîné une amélioration (amendement complet de la symptomatologie durant 24 à 48 heures) - ce qui tend à confirmer que la symptomatologie était plutôt due au canal lombaire étroit, donc sans rapport avec l'accident. En cela, le Dr E_____ est d'ailleurs rejoint par le Prof. C_____ qui, dans un rapport du 22 mai 2013, a confirmé qu'après les infiltrations facettaires, le patient n'avait été soulagé que de manière partielle au niveau de ses douleurs lombaires et sur les faces latérales des cuisses et que la seule infiltration ayant eu un effet tout à fait positif était l'épidurale antérieure L3-L4, avec une disparition quasiment complète de toute

A/4082/2013 - 13/14 - la symptomatologie au niveau des territoires L5 et L4 pendant environ deux jours, ce dont le Prof. C_____ a également tiré la conclusion que la symptomatologie du patient était plutôt due à son canal lombaire étroit. On rappellera au surplus que, dans son rapport du 16 avril 2013, le Prof. C_____, après avoir procédé à une nouvelle IRM de la colonne lombaire et l'avoir comparée à la précédente, n'a décelé aucune nouvelle fracture vertébrale ni nouveau conflit disco-radulaire. Il a indiqué avoir retrouvé une hernie discale médiane L3-L4 provoquant le canal lombaire étroit de grade C identique à ce qu'il était sur l'ancien examen. Dans un second rapport du même jour, le Prof. C_____ confirme d'ailleurs l'absence de décompensation du canal lombaire étroit. S'il a certes mentionné un élément nouveau, sous la forme d'une décompensation congestive arthrosique zygapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 bilatérale, il ressort des explications du Dr E_____ - que rien ne permet d'infirmer - que cela consiste en une inflammation dont le traitement consiste en repos et prise d'anti-inflammatoires et qu'un tel œdème traumatique périarticulaire se résorbe en trois à quatre mois. Des considérations qui précèdent, il ressort qu'aucun élément ne permet de douter des conclusions du Dr E_____, dont la Cour est convaincue du bien-fondé, au vu des explications fournies. Dans ces conditions, il apparaît superflu d'administrer d'autres preuves, en particulier de mettre sur pied l'expertise réclamée par le recourant. Au vu des explications du Dr E_____, des constatations du Prof. C_____ et de la jurisprudence rappelée supra, il y a lieu de considérer que c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 septembre 2013, soit plus de 5 mois après la survenance de l'événement assuré. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/4082/2013 - 14/14 - 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.