

# **GE\_GERICHTE ATAS/1357/2012 vom 8. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1357\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1357_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1357/2012 du 8 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1357/2012 del 8 novembre 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; RS 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). La compétence de la Cour de céans 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'assureur-accidents de mettre un terme à la prise en charge du sinistre le 15 septembre 2010, particulièrement sur la question de la persistance, au-delà de cette date, d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 novembre 2007 et les troubles subsistant chez l'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/3736/2011 - 11/17 - 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

a/aa) 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). a/bb) 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. a/cc) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 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

A/3736/2011 - 12/17 - p. 75 consid. 4b). 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 (ATF non publiés 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C\_552/2007 du 19 février 2008, consid. 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 (ATF non publié 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008, consid.4.2). En effet, la preuve médicale de la causalité naturelle dans un tel cas est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (ATF non publiés 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008, consid. 5.1.2; 8C\_467/2007 du 25 octobre 2007, consid. 3.1; voir également ATFA non publié U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, avec références). S'il s'agit d'un accident

sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (ATFA non publié U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2; voir également ATFA non publié U 60/02 du 18 septembre 2002). b) 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

## **E. 7**

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).

A/3736/2011 - 13/17 - 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 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. 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). b) 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. cc). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF non publiés 9C\_12/2012 consid. 7.1, 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 9C\_973/2011 du 27 février 2012 consid. 3.2.1, 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.3). c) 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

A/3736/2011 - 14/17 - 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 pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

## **E. 8**

a) Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

## **E. 9**

a) En l'espèce, il ne fait aucun doute que le rapport d'expertise du 19 janvier 2010 présente une pleine valeur probante, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Les conclusions dudit rapport ne sont d'ailleurs pas litigieuses, dès lors que les experts confirment le lien de causalité entre l'incapacité de travail partielle et l'accident assuré, indiquant que la question du statu quo devra être examinée six mois plus tard.

A/3736/2011 - 15/17 - b) Est par contre litigieuse la valeur probante du rapport complémentaire du 25 novembre 2010. Après avoir résumé le dossier médical depuis la dernière expertise, rappelé l'anamnèse et décrit les plaintes actuelles du recourant et les constatations médicales objectives, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué : « Pour ma part, si j'ai d'abord donné un avis positif de poursuite de l'incapacité de travail oralement à l'assuré lors de mon examen, j'ai ensuite reçu les rapports relatifs à la recherche biologique d'opiacés, prouvant que le traitement n'était pas pris puisque le résultat s'est avéré négatif. Or, l'assuré avait expliqué que le traitement était un support très important dans le cadre des algies post-traumatiques, position réitérée, alors que la prise de ce traitement a été cessée, à une date indéterminée. En l'absence de prise médicamenteuse, une persistance de douleurs importantes contrôlées par médicament et empêchant une reprise du travail ne peut être retenue. Au niveau neurologique, une douleur résiduelle post contusion médullaire peut exister, elle peut ne pas être intense au point de nécessiter un traitement médical soutenu, ce qui amène à poser la question de l'étiologie des douleurs présentées et rapportées par l'assuré. En effet, l'asthénie et la fatigue qui persistent ne sont pas en relation de causalité naturelle avec un trouble neurologique. Comme nous l'avons expliqué à plusieurs reprises, la pathologie dégénérative est aussi présente dans les plaintes persistantes, même si son incidence est aussi niée par l'assuré. Ainsi, soit il existe une pathologie psychiatrique, soit l'assuré exprime par la persistance de ces symptômes son mécontentement, a priori inconscient, d'avoir été déclassé ». On peut déduire du passage susmentionné que si le résultat de l'examen urinaire s'était révélé avoir été positif aux opiacés, le Dr D \_\_\_\_\_ aurait admis la persistance d'une incapacité de travail à la charge de l'intimé, la question de l'étiologie des douleurs ne se posant alors pas. Or, les explications du Dr B \_\_\_\_\_ quant aux résultats obtenus au test sanguin paraissent convaincantes. Cet avis ne saurait être purement et simplement écarté au motif qu'il émane du médecin traitant, d'autant que ses explications sont corroborées par la littérature. Il est en effet reconnu que le Tramadol ne peut être mis en évidence par la recherche non ciblée d'opiacés dans les urines ; il faut pour cela utiliser des tests avec un anticorps spécifique (cf. « Le screening toxicologique aux urgences », article du Dr H \_\_\_\_\_, publié sur le site de la Société française de médecine d'urgence [[www.sfm.org/urgences2010/donnees/pdf/019\\_nisse.pdf](http://www.sfm.org/urgences2010/donnees/pdf/019_nisse.pdf)]).

A/3736/2011 - 16/17 - A la lecture du résultat de la chimie clinique, la Cour constate que seule une recherche non ciblée a été effectuée, le rapport d'UNILABS ne mentionnant pas une recherche spécifique du Tramadol. Par conséquent, les contestations du recourant et de son médecin suffisent à faire douter de la valeur probante du rapport complémentaire du Dr D \_\_\_\_\_, dès lors que celui-ci s'est basé principalement sur ces résultats pour nier un lien de causalité entre l'incapacité de travail persistante et l'accident assuré. c) Certes, le Dr D \_\_\_\_\_ a par la suite allégué, dans son courrier du 24 juin 2011, que le débat sur le Tramadol était secondaire au vrai problème, à savoir les atteintes dégénératives prononcées existantes. Ces explications ne convainquent pas la Cour de céans dans la mesure où il apparaît clairement que le Dr D \_\_\_\_\_ ne s'est précédemment posé la question de l'étiologie des douleurs que parce que le test urinaire s'était révélé négatif. Si la question de

savoir si l'assuré suivait strictement ou non son traitement était réellement secondaire, le Dr D\_\_\_\_\_ aurait dû se poser la question de l'étiologie, indépendamment des résultats du test urinaire. d) Force est de constater qu'à l'exception de la première expertise, à l'issue de laquelle l'expert admettait une incapacité de travail en lien avec l'accident assuré, celles des 25 novembre 2010 et 24 juin 2011 ne remplissent pas les conditions permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 6 octobre 2011 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès d'un expert indépendant, autre que le Dr D\_\_\_\_\_. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3736/2011 - 17/17 - 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.