

GE_GERICHTE ATAS/15/2015 vom 14. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_15_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/15/2015 du 14 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/15/2015 del 14 gennaio 2015

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 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). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur en Suisse.

A/1865/2014 - 8/13 - En l'occurrence, la recourante, domiciliée en France, travaille à Genève pour le compte des HUG. Au vu de ce qui précède, la compétence *ratione materiae* et *loci* de la chambre 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 articles 56ss LPGA.

E. 3.1

p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406). 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

A/1865/2014 - 9/13 - 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, 1992 n° U 142 p. 75; arrêts 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêt 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

E. 4

L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations à la date du 2 décembre 2013, au motif qu'à cette date le statu quo sine était atteint, ou si, ainsi que l'allègue la recourante, la hernie cervicale a été en réalité déclenchée par l'accident. Il convient de relever à titre préalable que l'intimée a déjà pris en charge les frais de l'intervention subie par la recourante au See-Spital en janvier 2014 ainsi que de l'hospitalisation y afférente.

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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle (et adéquate). 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : 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 cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid.

E. 6

a) 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). 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).

A/1865/2014 - 10/13 - 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).

E. 7

En l'espèce, se fondant sur le rapport de son médecin-conseil, l'intimée considère que la recourante présentait un état préexistant au niveau du rachis cervical et que la hernie discale C5-C6 n'est pas d'origine post-traumatique. Il s'agit d'une aggravation transitoire de l'état antérieur. De plus, les circonstances de l'accident ne sont pas claires. La recourante conteste ce point de vue, alléguant qu'elle ne présentait pas d'état antérieur à l'accident et notamment aucune fracture des cervicales. Elle conteste également l'aspect banal de l'événement, relevant que suite à la violence du choc subi, elle a dû être transportée à l'hôpital par les pompiers, dans une coquille matelassée

E. 8

La chambre de céans relève qu'il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident en date du 2 août 2013 et qu'une hernie discale C5-C6 a été diagnostiquée. Est litigieuse en revanche la question de savoir si la recourante présentait un état antérieur ou non et, le cas échéant, en cas d'aggravation d'un état antérieur, si à la date du 2 décembre 2013 le statu quo sine était atteint. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge

seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 no U 378 p. 190 consid. 3, no U 379 p. 192 consid. 2a).

A/1865/2014 - 11/13 -

E. 9

a) En l'occurrence, selon les documents médicaux figurant au dossier, le diagnostic d'hernie discale C5-C6 a été posé suite à l'accident par les médecins de l'Hôpital de Die et de Valence, après radiographies et CT-scan. Ce diagnostic a été corroboré par les examens radiologiques et l'IRM pratiquée à Genève le 11 octobre 2013. S'agissant de l'état antérieur, les médecins de l'Hôpital de Die ont fait état d'une fracture cervicale basse en 1992, suite à un accident de circulation. Or, la recourante nie avoir présenté une telle fracture et force est de constater qu'aucun document médical n'atteste la présence d'une ancienne fracture cervicale. D'autre part, les neurochirurgiens des HUG ont indiqué que la suspicion d'une fracture du rachis cervical suite à l'accident a été infirmée par le CT-scan (cf. rapport des Drs C_____ et D_____ du 2 septembre 2013). Par conséquent, à défaut de document médical pertinent, un antécédent de fracture cervicale n'est pas établi. Le Dr H_____ considère que la recourante présentait déjà une hernie discale C5- C6 avant l'accident, l'IRM du 16 décembre 2008 montrant de légères dessiccations. Selon le médecin-conseil, les radios effectuées immédiatement à l'accident mettaient déjà en évidence une hernie discale C5-C6 ; il semble conclure de ce fait qu'il s'agit de lésions dégénératives et qu'en l'absence de lésion osseuse ou ligamentaire, il convient d'admettre que le disque était préalablement lésé. L'on peine toutefois à comprendre son argumentation. En effet, hormis de légères dessiccations au niveau des espaces inter-somatiques cervicaux, sans protrusion discale, les données de l'IRM du 16 décembre 2008 étaient sans anomalie notable (cf. rapport d'IRM cervicale, pièce no. 1 intimée). Selon la Dresse E_____, il n'y avait pas à ce moment-là d'hernie discale. Le médecin traitant a précisé avoir demandé cet examen pour sa patiente en raison de céphalées postérieures suite à l'accouchement en septembre 2008. La recourante n'avait cependant jamais présenté d'épisode de cervicalgies ni NCB avant l'accident. La chambre de céans relève qu'à teneur du rapport de l'IRM cervicale de décembre 2008, on ne peut retenir le diagnostic d'hernie cervicale. Par ailleurs, aucun autre médecin ne fait état d'une hernie discale antérieure à l'accident et une telle affection n'est attestée par aucun document médical. La chambre de céans constate en revanche que les radios et le CT-Scan effectués immédiatement après l'accident du 2 août 2013 ont mis en évidence une protrusion discale paramédiane droite en C5-C6, sans lésion osseuse traumatique. L'IRM du

E. 11

Bien-fondé, le recours est admis.

E. 12

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1865/2014 - 13/13 - 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.