

# **GE\_GERICHTE ATAS/1643/2009 vom 15. Dezember 2009**

GE Cour de justice, 2009-12-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1643\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1643_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1643/2009 du 15 décembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1643/2009 del 15 dicembre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 5 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1er al. 1er LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé à l'office postal le 31 août 2009 conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est ou non à juste titre que l'intimée a refusé à la recourante la prise en charge des indemnités journalières postérieurement au 31 décembre 2007 et des frais de traitement des brachialgies et de la hernie discale C5-C6. À titre liminaire, il convient d'examiner la valeur probante des avis médicaux versés à la procédure, de manière à pouvoir déterminer la base sur laquelle le Tribunal de céans devra s'appuyer pour répondre à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate, au-delà du 31 décembre 2007, entre les affections précitées et l'événement du 6 juin précédent.

### **E. 5**

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/3152/2009 - 8/14 - 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. À 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. 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 352 consid. 3). 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 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 (ATF 125 précité, consid. 3b/ee). 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 précité, consid. 3b/bb et cc). En l'espèce, il apparaît que le rapport d'expertise des Drs R\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ du 21 mai 2008, complété le 25 août suivant, a été établi sur la base d'exams complets et en pleine connaissance du dossier ; au surplus, les plaintes exprimées par la recourante ont été prises en compte. Les experts ont en outre tenté de décrire clairement les interférences médicales, leurs conclusions sont dûment motivées et elles ont été largement confirmées par le résultat des exams réalisés subséquemment par les Prs. . U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ notamment, de sorte qu'il s'impose d'accorder pleine valeur probante à leur avis.

A/3152/2009 - 9/14 - D'autre part, il n'apparaît pas que le Dr L\_\_\_\_\_ ait procédé à l'étude fouillée, sur la base d'exams complets, requise par la jurisprudence rappelée plus haut, pour fonder un avis revêtu d'une force probante suffisante. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait qu'en sa qualité de médecin traitant de la recourante, ce praticien a tissé une relation de confiance étroite avec celle-ci, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos.

## **E. 6**

Selon l'art. 10 al. 1er let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur sa prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1er LAA, a contrario ; ATF 116 V 44 consid. 2c ; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références citées). Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a en outre droit à une indemnité journalière (al. 1er). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident et s'éteint notamment 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). Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré

suppose donc d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable 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 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

A/3152/2009 - 10/14 - assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). À toutes fins utiles, il sied ici de relever que le Tribunal fédéral a maintes fois eu l'occasion de préciser qu'un traumatisme de type "coup du lapin" doit, en principe, être nié lorsqu'il existe un temps de latence trop long entre l'accident et l'apparition des douleurs cervicales (ATFA du 12 août 1999, publié in RAMA 2000 n. U 359 p. 29 consid. 5). Se référant à d'autres arrêts rendus antérieurement (notamment les ATFA du 20 octobre 1993, U 87/92, et du 7 décembre 1992, U 88/90), notre haute Cour s'est appuyée sur la doctrine médicale d'après laquelle les cervicalgies doivent nécessairement se manifester dans le délai de septante-deux heures après l'événement accidentel pour qu'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturel avec ce dernier. Cette jurisprudence a été maintes fois confirmée depuis lors (cf. ATFA du 31 mai 2006, U 238/05, consid. 3.2 et les références). Relevons en outre que si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 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 maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. L'on ne perdra cependant pas de vue que le seul fait que des symptômes douloureux se manifestent après la survenance d'un accident ne suffit pas pour établir un rapport de causalité entre celui-ci et le dommage (inapplicabilité du principe "post hoc ergo propter hoc" ; ATF 119 V 341 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 U 341 p. 407 consid. 3b). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA non publié au Recueil officiel, du 9 septembre 1999, U 355/98 consid. 2 in RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et 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 citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée 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 désormais en parfaite santé.

A/3152/2009 - 11/14 - 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 du 10 mai 2007, U 172/06 consid. 6 et les références citées). b) Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Comme il a déjà été dit, 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 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]). 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 ; ATFA du 18 novembre 2005, U 80/05). Enfin, il y a lieu de rappeler que, 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. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations

A/3152/2009 - 12/14 - éventuelles. 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 ne doivent être prises en charge que s'il existe des symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 n. U 378 p. 190 consid. 3 ; ATFA non publié du 14 février 2006, U 351/04 ; ATFA du 7 février 2000, U 149/99).

## **E. 7**

En l'espèce, l'examen radiographique réalisé le 6 juin 2007, soit immédiatement après l'accident, a permis de conclure à l'absence de fracture ou de tassement identifiable au niveau de la colonne cervicale, et à la présence d'une minime ébauche d'ostéophytose de la partie postérieure des espaces discaux situés entre C4 et C6 et d'une minime sclérose étagée des articulaires postérieures. Les plateaux vertébraux de la colonne dorsale présentaient en outre un aspect feuilleté et irrégulier, qui évoquait les séquelles d'une maladie de croissance, et l'ensemble de la colonne dorsale et lombaire était exempt de fracture ou de tassement identifiable. La recourante a repris l'exercice de son activité professionnelle après cinq jours d'incapacité totale. Quelques jours plus tard, soit dès le 15 juin 2007, elle s'est soumise à un traitement de chiropraxie dispensé par le Dr P \_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une lésion articulaire fonctionnelle cervicale et constaté une faible amélioration, la présence d'une discopathie C5-C6 sans rapport avec l'accident jouant un rôle dans le processus de guérison. Une dégénérescence discale avec discopathie C5-C6 associée à une hernie discale a été confirmée par l'IRM réalisée le 10 septembre 2007, et le Dr L \_\_\_\_\_ a attesté l'incapacité de la recourante de travailler à plus de 50% à partir du 17 septembre suivant. L'état de santé de celle-ci s'est amélioré par la suite, pour se dégrader à nouveau au début de 2008, l'employeur annonçant une rechute au mois de mars. Au vu des principes rappelés plus haut et compte tenu du fait que rien ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise des 21 mai et 25 août 2008, il convient de retenir que l'hypothèse selon laquelle la collision du 6 juin 2007 aurait provoqué une hernie ou, à tout le moins, une protrusion discale apparaît très peu vraisemblable. Partant, il s'impose de retenir que, même si les premiers examens radiographiques n'ont pas permis de mettre en évidence d'anomalies préexistantes significatives, dégénératives ou autres, les troubles dont la recourante a souffert par la suite avaient nécessairement une ou des causes étrangères à l'événement accidentel. Hormis le Dr L \_\_\_\_\_, les médecins consultés s'accordent en effet à considérer que la recourante présente des troubles dégénératifs au niveau de la colonne cervicale notamment, qui sont sans lien avec le choc éprouvé lors de l'accident de la circulation, et qu'il ne se justifie pas davantage d'admettre que ce choc aurait aggravé ces troubles. Force est par conséquent d'admettre que si un lien de causalité naturelle est probable entre l'événement du 6 juin 2007 et les cervico-

A/3152/2009 - 13/14 - céphalalgies persistantes diagnostiquée, il n'est que possible en ce qui concerne les syndromes douloureux et les paresthésies occasionnelles éprouvées par la recourante au membre supérieur droit. Il n'est donc pas question, comme semble le craindre le Dr L \_\_\_\_\_, de nier l'existence d'un lien de causalité entre ces dernières affections et la présence de la hernie discale C5-C6, mais seulement de tenir pour très peu vraisemblable l'existence d'un lien de causalité entre la présence de cette hernie et l'accident assuré. L'aggravation de l'état de santé de la recourante attestée par ce praticien en janvier 2008 ne saurait dès lors être qualifiée de rechute de l'accident. En conclusion, il convient de se rallier à l'avis des experts et de l'assureur, selon lequel le statu quo ante, ou à tout le moins le statu quo sine, a été retrouvé au plus tard six mois après l'événement accidentel. L'assureur était par conséquent fondé à interrompre le versement des indemnités journalières et des frais du traitement des brachialgies le 31 décembre 2007.

## **E. 8**

La recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, elle ne peut prétendre à l'octroi de frais et de dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

A/3152/2009 - 14/14 -

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