

# **GE\_GERICHTE ATAS/224/2022 vom 9. März 2022**

GE Cour de justice, 2022-03-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_224\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_224_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/224/2022 du 9 mars 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/224/2022 del 9 marzo 2022

## **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), 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

A/690/2021 - 5/11 - (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**

À 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.

### **E. 3**

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours ayant été interjeté devant la chambre de céans après le 1er janvier 2021, la LPGA modifiée est applicable (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 5**

Le litige porte sur le point de savoir si l'assurée a droit aux prestations d'assurance au-delà du 6 novembre 2020 pour les suites de l'accident du 17 octobre 2019.

### **E. 6**

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). 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). 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 condition est réalisée 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 à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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

A/690/2021 - 6/11 - 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. 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).

## **E. 7**

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. Si 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 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 A/690/2021 - 7/11 - plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2). On ajoutera que, 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 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). 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 (arrêts U 48/07 du 6 novembre 2007, consid. 3 et U 172/06 du 10 mai 2007, consid. 6.2).

## **E. 8**

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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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

A/690/2021 - 8/11 - 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).

### **E. 9**

En l'espèce, suite à la chute du 17 octobre 2019, les radiographies du rachis lombosacré et l'IRM lombaire ont montré un traumatisme lombaire avec fracture du plateau supérieur L5 et fracture du corps de S1. Les divers examens radiologiques pratiqués ont également mis en évidence un état dégénératif antérieur, notamment un antélisthésis sur plusieurs vertèbres ainsi qu'un rétrécissement foraminaux sévère. Le Dr B \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un tassement vertébral L5 sur antélisthésis. Le Dr C \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a pris connaissance des résultats des examens radiologiques et noté un antélisthésis dysplasique L5-S1 de stade II, un rétrolisthésis L4-L5, un antélisthésis L3-L4 et un tassement post-traumatique du corps de L5. Un traitement orthopédique sous forme du port d'un corset a été prescrit pour 3 mois, ainsi qu'un traitement antalgique. Le 6 février 2020, le neurochirurgien notait une évolution globalement favorable, notamment sur le plan fonctionnel, et préconisé un retrait progressif du corset sur 4 à 6 semaines. Dans son rapport du 11 août 2020 suite au séjour de la recourante, la H \_\_\_\_\_ indiquait que la patiente avait suivi un programme de rééducation intensive. Les diagnostics retenus étaient des lombalgies chroniques, une fracture-tassement du plateau supérieur de L5 et fracture du corps de S1, antélisthésis de L5 sur S1 de grade I-II sur lyse isthmique bilatérale. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait permettre de diminuer les douleurs lombaires et d'améliorer les aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 3 mois. Sur la base des constatations médicales, le médecin d'arrondissement a expliqué dans son appréciation médicale du 4 novembre 2020 que suite à la chute sur les fesses, la recourante a subi une impaction de la région lombosacrée sur une malformation majeure de type spondylolisthésis de grade II de Meyerding avec pente sacrée avoisinant les 80 degrés, sur lyse isthmique évoluée connue ou

A/690/2021 - 9/11 - méconnue. C'est une malformation d'origine congénitale qui évolue lentement vers une péjoration, comme toujours dans ces cas, par la dégénérescence, la fermeture des foramens, la disparition complète du disque et l'apparition semi- permanente ou permanente de sciatiques. La minime fracture/tassement de la vertèbre s'est consolidée en quelques mois, de même que l'impaction, voire la possible fracture de l'ostéophyte évolue aussi généralement en quelques mois. L'événement a entraîné probablement la petite fracture/tassement, mais pas l'ensemble des atteintes dégénératives et congénitales qui ont été, sur le plan algique, mais pas anatomique, transitoirement péjorées ou révélées, par rapport à l'état antérieur. Compte tenu de la consolidation effective de la petite fracture et du temps écoulé de plus d'un an, le Dr D \_\_\_\_\_ a estimé que l'événement pris en charge initialement a cessé ses effets en vraisemblance prépondérante.

### **E. 10**

La recourante conteste la décision de l'intimée, alléguant qu'un autre accident subi en juillet 2019, à savoir une chute sur le coccyx lors de ses vacances en Corse, non déclaré par l'employeur, n'a pas été pris en compte par l'intimée. Cet argument tombe à faux. En effet, l'intimée a évoqué ce fait dans la décision querellée. Il convient par ailleurs de relever,

comme le souligne l'intimée, que les suites de cet événement se sont limitées à une seule consultation chez un ostéopathe en France et que, contrairement à ce que soutient la recourante, le fait était connu du médecin d'arrondissement. Elle conteste également l'appréciation du Dr D \_\_\_\_\_, au motif que compte tenu du fait que les anomalies de la colonne lombaire étaient asymptomatiques avant les accidents, que ces dernières sont devenues symptomatiques et que les douleurs persistent, il n'est pas possible d'affirmer, avec une certitude médico-pratique et une certitude scientifique au degré de vraisemblance prépondérante que les douleurs lombaires actuelles n'ont plus de relation de causalité avec les événements accidentels des 27 juillet 2019 et 17 octobre 2019. La chambre de céans relève qu'en soulignant l'absence de douleurs antérieurement à l'accident survenu le 17 octobre 2003, voire celui aussi du 27 juillet de la même année, l'assurée tient en réalité un raisonnement fondé sur le principe «post hoc ergo propter hoc», lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341). La recourante se réfère à l'extrait du rapport de consultation du Dr C \_\_\_\_\_ du 9 août 2021 selon lequel on ne peut pas écarter non plus des lombalgies séquellaires du traumatisme. Il convient toutefois de constater que le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que le bilan effectué à l'occasion du traumatisme avait mis en évidence un spondylolisthésis dysplasique L5-S1, un rétrolisthésis L4-L5 et un antélisthésis L3-L4, qui sont des signes radiologiques d'instabilité, semblant préexistants au traumatisme, et pouvant expliquer des lombalgies persistantes. Le médecin, qui a également souligné que la fracture de L5 avait consolidé sous traitement

A/690/2021 - 10/11 - orthopédique, ne s'est cependant pas déterminé sur le critère - essentiel - de la vraisemblance prépondérante. Le rapport du Dr C \_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr D \_\_\_\_\_, qui s'est prononcé clairement et de manière circonstanciée sur le degré de vraisemblance prépondérante, sur la base du dossier radiologique et des constatations médicales. Il a motivé son appréciation, en soulignant la sévérité de la pathologie dégénérative et constitutionnelle qui va évoluer pour son propre compte et est, au degré de vraisemblance prépondérante, responsable des troubles que présente ou présentera l'assurée. La chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter de l'analyse et des conclusions convaincantes du Dr D \_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée ne prête pas le flanc à la critique.

#### **E. 11**

Mal fondé, le recours est rejeté.

#### **E. 12**

Selon l'art. 61 LPGA sous réserve de l'art 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit; si la loi spéciale ne prévoit pas de frais judiciaires pour de tels litiges, le tribunal peut en mettre à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou fait preuve de légèreté. (cf. art. 61 let. fbis LPGA, en sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2021). La LAA ne prévoyant pas de frais pour la procédure de recours en matière de prestations d'assurance, la procédure est gratuite.

\* \* \* \* \*

A/690/2021 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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