

GE_GERICHTE ATAS/250/2013 vom 12. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_250_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/250/2013 du 12 mars 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/250/2013 del 12 marzo 2013

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 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). 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. 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). Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA). L'acte de recours ne contient pas de conclusion. L'on comprend néanmoins que le recourant souhaite faire annuler la décision litigieuse et recevoir les prestations de l'assurance-accidents au motif qu'il continue de souffrir des suites de son accident. Les exigences minimales de motivation du recours sont ainsi remplies. Le recours est donc recevable (art. 61 let. b LPGA).

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit du recourant de bénéficier des prestations de l'intimée au-delà du 31 mars 2012, et en particulier sur le lien de causalité entre les troubles qu'il présente actuellement et l'événement accidentel survenu le

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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 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. 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; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire,

A/2175/2012 - 7/12 - in Schweizerische Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Selon la jurisprudence, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (ATF non publié 8C_1009/2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronification des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident) (ATFA non publié U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références ; ATFA non publié U 60/02 du 18 septembre 2002 et les références).

E. 7

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 la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 la référence; ATF non publié 8C_628/2007 du 22 octobre 2008), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 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 (cf. ATF 118 V 291

consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

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). 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

A/2175/2012 - 8/12 - 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). 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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 9

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

A/2175/2012 - 9/12 - envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 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 et la référence), 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 264 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, U 222/04 du 30 novembre 2004; U 66/04 du 14 octobre 2004 et U 159/04 du 4 octobre 2004).

E. 10

En l'espèce, il n'est pas contesté que les gonalgies et lombalgies, qui sont apparues à la suite de la chute avec le scooter le 6 septembre 2011, sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec cette dernière. Il est en revanche litigieux de savoir si les affections qui persistent sont encore en lien de causalité avec le sinistre plus de six mois après celui-ci. Le médecin d'arrondissement de l'intimée a étudié le dossier du recourant, qui comportait les constatations médicales du médecin traitant et des radiographies du rachis lombaire et du genou droit, ainsi que le rapport de l'inspecteur accidents.

A/2175/2012 - 10/12 - Dans son avis du 19 mars 2012, il a indiqué que le recourant présentait des lésions de type génératif, qui ne sont pas en lien de causalité avec l'événement accidentel. Aucune lésion traumatique récente n'avait été mise en évidence par le radiologue. Compte tenu de ce qui précède, il a considéré qu'au plus tard six mois après le sinistre, ce dernier a cessé de déployer ses effets délétères, ce qui correspond aux principes posés par la jurisprudence notamment en matière de lombalgies, selon lesquels le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois. En ce qui concerne le genou, la jurisprudence prévoit que sans lésion structurelle du squelette, la chronification des plaintes

doit être de plus en plus attribuée à d'autres facteurs étrangers à l'accident. L'appréciation du médecin d'arrondissement est ainsi suffisamment approfondie sur les points litigieux. Elle ne comporte pas de contradiction. L'on notera également que l'événement traumatique a été relativement modeste. Aussi l'appréciation médicale est-elle convaincante dans ses résultats. Aussi, toutes les conditions formelles et matérielles posées par la jurisprudence étant réalisées, l'avis du médecin de l'intimée a-t-il pleine valeur probante. Cela étant, l'assuré allègue qu'il souffre encore du dos et du genou à la suite de son accident. Lors de l'instruction de son opposition, il n'avait cependant aucune radiographie à produire à l'appui de son argumentation. Le médecin traitant du recourant a établi des certificats médicaux ainsi que des rapports pour la SUVA. Il fait ainsi régulièrement état de la persistance des douleurs liées à la gonalgie et aux lombalgies et des traitements suivis. Il n'émet cependant aucune d'appréciation sur le cas de son patient, en particulier, et ne s'exprime pas sur la causalité entre les affections et l'accident. Par ailleurs, il n'indique pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Le Dr B _____ a refusé de répondre aux questions posées par la Cour de céans. Le Dr A _____ a quant à lui rédigé un certificat le 2 octobre 2012, aux termes duquel "l'imagerie est effectivement en faveur des lésions dégénératives du genou droit et du rachis lombaire". Il ajoute toutefois que "la chute du scooter a décompensé son arthrose qui était latente jusque-là". Force dès lors est de constater qu'aucun élément susceptible de mettre en doute l'avis du médecin de l'intimée n'a pu être avancé. L'assuré ne parvient ainsi pas à apporter un indice concret apte à remettre en cause les observations et conclusions du médecin d'arrondissement. En conclusion et au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, les douleurs actuelles ne sont plus liées à l'événement traumatique du 6 septembre 2011. L'assuré n'est plus en droit de recevoir des prestations de l'assurance-accidents.

A/2175/2012 - 11/12 -

E. 11

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations dès le 31 mars 2012. Le recours, mal fondé, doit être rejeté.

E. 12

La procédure est gratuite.

A/2175/2012 - 12/12 - 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.