

GE_GERICHTE ATAS/254/2014 vom 4. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_254_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/254/2014 du 4 mars 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/254/2014 del 4 marzo 2014

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. 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). La décision sur opposition a été rendue le vendredi 12 juillet 2013. Si la Cour de céans ignore la date à laquelle la recourante s'est vue notifier cette décision, la notification n'a pu intervenir que le samedi 13 juillet 2013 au plus tôt. Or, l'art. 38 al. 4 let. b LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Par conséquent, le délai de recours est arrivé à échéance le 12 septembre 2013 dans le meilleur des cas. Interjeté ce jour-là dans la forme prévue par la loi, le recours est par conséquent recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 25 mai 2012, plus particulièrement sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre ses atteintes à la santé et l'accident du 5 mai 2011.

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). 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

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

A/2899/2013 - 8/13 - 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 ; 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.

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 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. 3.2 ; ATF 125 V 456 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

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). 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

A/2899/2013 - 9/13 - 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). 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 (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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/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/2899/2013 - 10/13 - 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).

E. 10

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), 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 correspond 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. 11

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/2899/2013 - 11/13 -

E. 12

L'assureur-accidents dispose de la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu. Ce n'est que lorsqu'il souhaite mettre un terme au versement de ses prestations avec effet rétroactif et requérir la restitution des prestations versées à tort que l'assureur doit respecter les conditions de la reconsidération (ATFA non publié U 6/03 du 6 mai 2003, consid. 4.2.1). Sont toutefois réservés les cas dans lesquels le principe de la confiance s'oppose à une cessation

immédiate des prestations. L'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

E. 13

En l'espèce, la recourante considère que ses douleurs et pertes de sensibilité sont dues à son accident du 5 mai 2011. Elle relève qu'avant cet accident, aucun de ces symptômes ne l'affectait et conteste les compétences du Dr N_____, ainsi que la valeur probante de ses rapports. Pour sa part, l'intimée se fonde sur ces rapports pour nier tout lien de causalité entre les troubles présentés par la recourante et son accident. Selon les rapports des 26 juin 2012 et 10 juin 2013 du Dr N_____, la recourante présente une discopathie dégénérative et est porteuse d'une tige de Harrington implantée en 1971 pour traiter une scoliose, ce qui exclut tout lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident. Le Dr N_____ fonde principalement son appréciation sur le compte-rendu d'une IRM réalisée par le Dr M_____ le 5 janvier 2012, ainsi que sur les constatations du Dr O_____ du 17 avril 2013. La Cour de céans constate en premier lieu que le Dr N_____ a analysé le cas de la recourante sans l'avoir examinée. Toutefois, conformément à la jurisprudence, cela n'a en l'espèce aucune incidence sur la valeur probante de ses rapports, dans la mesure où son appréciation du cas est basée sur les rapports médicaux de médecins ayant examiné la recourante. En outre, cette dernière n'a apporté au dossier aucun élément objectif permettant de remettre en cause les rapports du Dr N_____. D'ailleurs, le médecin traitant de la recourante ne le contredit pas non plus. Il apparaît donc que l'ensemble des pièces médicales du dossier vont dans le sens des conclusions prises par le Dr N_____, qu'il convient par conséquent de suivre. Quant à l'erreur de qualification de la tumeur dont la recourante fait grand cas, celle-ci s'apparente, selon toute vraisemblance, à une erreur de plume qui ne saurait suffire à nier la valeur probante des conclusions du Dr N_____ ou à remettre en cause ses compétences professionnelles. En effet, non seulement cette erreur apparaît uniquement dans l'historique médical du rapport du 24 mai 2012, mais elle a été corrigée dans le rapport du 26 juin 2012, lequel l'a annulé et remplacé, et a

A/2899/2013 - 12/13 - fait l'objet d'un courrier d'excuse du Dr N_____ à l'attention de la recourante. D'ailleurs, le fait que la tumeur de la selle turcique soit maligne ou bénigne est sans incidence pour l'appréciation du cas et le Dr N_____ n'en a d'ailleurs tiré aucune conclusion. Enfin, contrairement à ce qu'elle soutient et conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le fait que ses douleurs ne se sont manifestées qu'après son accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement. Le grief de la recourante lié au harcèlement qu'aurait orchestré le Dr N_____ et l'intimée afin qu'elle se soumette à l'IRM de sa colonne dorsale est surprenant et sans pertinence eu égard au présent litige. Certes, les rappels et injonctions à l'attention de la recourante figurent en nombre au dossier. Toutefois, ils ont été rendus nécessaires par la passivité et la mauvaise volonté de la recourante qui, après avoir fait valoir des douleurs dorsales qui n'avaient pas été spécifiquement investiguées, a mis plusieurs mois à se soumettre à l'examen en repoussant systématiquement la date de l'IRM demandée. Rappelons encore qu'à teneur de l'art. 43 al. 2 LPGA, la recourante était tenue de se soumettre aux examens médicaux nécessaires et raisonnablement exigibles, catégorie dans laquelle l'IRM de sa colonne dorsale entre manifestement. Dès lors, aucun grief ne peut être retenu à l'encontre du Dr N_____ ou de l'intimée sur ce point. Le grief de la

recourante lié à la « fouille » illégitime de son passé médical dans le but de clore son dossier sans allouer de prestation n'emporte pas non plus la conviction de la Cour de céans. En effet, afin de déterminer si les assurés qui requièrent le versement de prestations y ont droit, il appartient aux assurances sociales, dont fait partie la SUVA, d'analyser la situation médicale de ces derniers, y compris leurs antécédents médicaux, lesquels peuvent, selon les cas, expliquer en tout ou partie les symptômes présentés. On relèvera enfin que même si l'intimée ne prenait pas en compte l'antécédent de scoliose de la recourante pour nier le lien de causalité entre les douleurs et l'accident, elle pourrait, selon toute vraisemblance, se baser uniquement sur sa discopathie dégénérative, dont l'existence a été admise par la recourante dans son opposition du 23 juin 2012, même si elle l'a contestée par la suite. Compte tenu de ces éléments, force est donc de constater que c'est à bon droit que l'intimée a mis fin à toute prestation dès le 25 mai 2012, faute de lien de causalité entre les atteintes à la santé de la recourante et son accident du 5 mai 2011.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 15

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2899/2013 - 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.