

GE_GERICHTE ATAS/283/2015 vom 20. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_283_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/283/2015 du 20 avril 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/283/2015 del 20 aprile 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une indemnité journalière à 50% du 1er novembre 2013 au 31 mars 2014.

E. 4

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. 5

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

A/3419/2014 - 8/14 - 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 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.

E. 6

a) Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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). b) 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 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 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 A/3419/2014 - 9/14 - p. 75 consid. 4b). 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). c) Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le *statu quo* est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). d) En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises

par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).

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 et 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 8

a) 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). b) 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 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

A/3419/2014 - 10/14 - 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). c) 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). d) 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) 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). f) 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

A/3419/2014 - 11/14 - comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou 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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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).

E. 11

a) En l'espèce, la recourante conclut au versement par l'intimée d'une indemnité journalière à 50%, du 1er novembre 2013 au 31 mars 2014. L'intimée conteste son obligation de prester, au motif que les problèmes lombaires et de genou droit de la recourante, qui entraînent l'incapacité de travail alléguée, ne seraient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident.

b) La capacité de travail de la recourante a été documentée de la manière suivante : Le médecin-traitant de la recourante a attesté, le 21 novembre 2013, que celle-ci présentait une incapacité de travail de 50% du 1er septembre au 31 octobre 2013 et qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail depuis le 1er novembre 2013; la recourante a informé l'assurance de ce fait dans un courrier du 20 novembre 2013, dans lequel elle indique que la position assise de longue durée est moins pénible. Le 20 janvier 2014, la recourante a signalé à l'intimée que la position assise avait à nouveau été très pénible durant les mois de novembre, décembre 2013 et janvier 2014 et qu'elle avait donc dû déléguer une partie de son travail à ses collaboratrices; elle a transmis un certificat d'arrêt de travail à 50% dès le 1er novembre 2013 du

A/3419/2014 - 12/14 - Dr C_____, signé le 29 janvier 2014. Le 11 mars 2014, la recourante a communiqué cinq certificats d'arrêt de travail à 50% du 1er novembre 2013 au 31 mars 2014, signés par le Dr C_____ entre le 7 et le 11 mars 2014; questionné par le médecin-conseil de l'intimée, le Dr C_____ a expliqué le 23 avril 2014 qu'il avait établi le 21 novembre 2014 un certificat rétrospectif d'arrêt de travail à 50%, du 1er septembre au 31 octobre 2013 et que la recourante avait repris contact avec lui le 20 janvier 2014 où une poussée de gonarthrose avait été constatée; elle lui avait alors demandé un arrêt de travail rétrospectif à 50% depuis le 1er novembre 2013; enfin, le 9 avril 2014, il avait remis la recourante au travail à 25% dès le 1er avril et à 100% dès le 1er mai 2014. Entendue en audience de comparution personnelle des parties, la recourante a précisé qu'elle avait tenté de reprendre son travail de directrice de B_____ Sàrl à 100% dès le 1er novembre 2013, mais que, ne pouvant rester en position assise suffisamment longtemps, elle n'avait pas été en mesure de participer aux séances du Conseil d'Etat, activité qu'elle assumait habituellement en personne; elle avait donc été dans l'obligation de déléguer une de ses employées pour la remplacer pour cette activité. En revanche, elle avait pu assumer toutes les autres tâches liées à son activité de directrice de sa société. La recourante a précisé que les séances du Conseil d'Etat avaient lieu une à deux fois par semaine et duraient entre 2 heures et 2,5 heures. Sa collaboratrice l'avait beaucoup remplacée de novembre à janvier et de moins en moins de février à mars 2014. c) Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que la recourante a été empêchée, selon ses propres déclarations, de travailler depuis le 1er novembre 2013, uniquement pour la participation aux séances du Conseil d'Etat, lesquelles totalisent au maximum 5 heures de travail par semaine (pv du 23 mars 2015). Rapportées à une activité hebdomadaire de 50 heures, soit les heures hebdomadaires de travail que la recourante a indiqué dans la déclaration d'accident du 24 août 2013, cet empêchement est de 10% maximum durant toute la période litigieuse, du 1er novembre 2013 au 31 mars 2014.

Par ailleurs, le certificat médical du Dr C_____ du 20 janvier 2014 attestant d'une incapacité de travail de la recourante de 50% dès le 1er novembre 2013 entre en contradiction, à tout le moins pour la période du 1er au 20 novembre 2013, avec le certificat que ce même médecin a émis le 21 novembre 2013, dans lequel l'incapacité de travail était nulle dès le 1er novembre 2013, fait de surcroît confirmé le 20 novembre 2013 par la

recourante. Au-delà du 20 novembre 2013, la recourante aurait subi une incapacité de travail, selon ses propres déclarations, de 10%, laquelle se serait encore réduite dès le 1er février 2014, date à laquelle elle a indiqué avoir recommencé à assumer la prise de certains procès-verbaux et sollicité moins fréquemment sa collaboratrice. Or, les certificats médicaux établis par le Dr C_____ font état d'une incapacité de travail de 50% durant toute la période du 1er novembre 2013 au 31 mars 2014, ainsi que d'une incapacité de travail de 75% du 1er avril au 30 avril 2014, lesquelles ne sont pas corroborées par les déclarations

A/3419/2014 - 13/14 - de la recourante elle-même. Le Dr C_____ a d'ailleurs indiqué qu'il avait été amené à rédiger des certificats d'arrêt de travail rétrospectifs, et non pas après avoir examiné la recourante et fait ses propres constatations.

Dans ces conditions, la chambre de céans ne peut considérer que les certificats médicaux du Dr C_____ sont probants et constate que la recourante n'a pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, amené la preuve d'une incapacité de travail de 50% au-delà du 1er novembre 2013, ni même, au vu des incohérences entre les certificats médicaux du Dr C_____ et entre ceux-ci et les déclarations de la recourante, la preuve d'une incapacité de travail de 10%, du 1er novembre 2013 au 31 mars 2014. En conséquence, la question de la causalité naturelle entre les troubles lombaires et du genou droit et l'accident peut rester ouverte.

E. 12

Partant, la décision litigieuse, laquelle met un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 octobre 2013, ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3419/2014 - 14/14 - 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.