

GE_GERICHTE ATAS/283/2020 vom 14. April 2020

GE Cour de justice, 2020-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_283_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/283/2020 du 14 avril 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/283/2020 del 14 aprile 2020

Erwägungen

E. 22

novembre 2011). En tout état, l'aggravation significative et donc durable

A/1520/2019 - 9/15 - d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2). ■ Si la hernie discale est seulement décompensée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3). Dans un tel cas, la preuve médicale de la causalité naturelle est remplacée par la présomption jurisprudentielle - qui se fonde sur la littérature médicale - selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/1520/2019 - 10/15 - 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 d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes

A/1520/2019 - 11/15 - sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 8. a. 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 des parties 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). b. 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 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). c. 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, corresponde 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). d. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit

A/1520/2019 - 12/15 - procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 9. a. En l'espèce, se fondant sur les appréciations de son médecin d'arrondissement, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017, au motif que les troubles ressentis par le recourant au-delà de cette date n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 novembre 2017, l'accident n'étant notamment pas susceptible de causer la hernie discale

ayant nécessité l'intervention du 20 décembre 2017. Pour sa part, le recourant est d'avis que la hernie discale en question a été causée par l'accident assuré, de sorte que l'intimée ne pouvait mettre un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017. b/aa. Il y a lieu de déterminer, tout d'abord, si l'accident du 7 novembre 2017 a provoqué la hernie discale comme le prétend le recourant. À titre liminaire, il convient de relever qu'on ne saurait suivre le recourant et le Dr F _____, lesquels retiennent l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 novembre 2017 et la hernie discale, au motif que le recourant était asymptomatique avant cet événement car cela revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 4.3). Cela étant précisé, force est de constater que, compte tenu de la jurisprudence en la matière, qui considère comme une règle tirée de l'expérience qu'une hernie discale n'est due à un accident que dans des conditions particulières et exceptionnelles (voir supra consid. 6b), on ne peut pas retenir que l'accident du 7 novembre 2017, soit un carambolage impliquant quatre véhicules, dont celui du recourant, revête une importance particulière. La vitesse des véhicules impliqués au moment des chocs ne ressort pas du dossier. On sait toutefois que le véhicule du recourant est le dernier à avoir été percuté. L'airbag ne s'est pas déclenché, ce qui a été confirmé en audience. En outre, les blessures subies ne revêtent pas une gravité particulière. Le

A/1520/2019 - 13/15 - recourant n'a, en particulier, pas subi de lésion structurelle ou neurologique, dans les suites immédiates de l'accident, ce qui tend à démontrer que les forces qui se sont développées lors de la survenance du choc, certes non négligeables, n'étaient pas particulièrement importantes. Par conséquent, comparé aux événements relatés par la jurisprudence, propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (voir l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et les références), l'accident du 7 novembre 2017 a été relativement modéré. Les considérations qui précèdent rejoignent ainsi celles du Dr G _____ qui a également qualifié l'accident de mécanisme à basse énergie, rappelant que la voiture était à l'arrêt, que les dégâts étaient minimes sur la carrosserie selon les clichés de la police et que l'airbag n'était pas sorti. Cela étant et en tout état, force est également de constater que les premières radiographies après l'accident n'étaient pas sans image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné, dès lors qu'elles ont montré une arthrose hypertrophiante et une discopathie au niveau du segment L4-L5. Par conséquent, dans la mesure où à tout le moins deux des conditions prévues par la jurisprudence ne sont pas réalisées, il doit être considéré, conformément à la jurisprudence en la matière, que l'accident du 7 novembre 2017 n'a pas pu causer la hernie discale dont souffre le recourant. Cela étant, cela ne signifie pas encore que l'intimée était en droit de mettre un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017 comme elle l'a fait par décision 18 juin 2018, confirmée sur opposition le 13 mars 2019. En effet, si l'accident en question a aggravé ou décompensé provisoirement un état dégénératif antérieur, l'assurance-accidents est tenue de prester jusqu'au retour à un statu quo sine vel ante. b/bb. Dans le cas présent, l'imagerie pratiquée a montré que le recourant présentait un état dégénératif préexistant au niveau du segment concerné avec une arthrose hypertrophiante et une discopathie L4-L5. Il ressort toutefois des pièces du dossier que l'intimée s'est limitée à examiner la causalité directe entre l'accident et la hernie discale dont souffre le recourant et qu'elle n'a pas investigué la question d'une décompensation

alors même que le Dr F_____ a évoqué une telle possibilité. La SUVA n'a pas non plus examiné la question de l'aggravation d'un état dégénératif préexistant. Or, si l'accident est une cause indirecte de la symptomatologie (décompensation ou aggravation), l'intimée doit prêter jusqu'au retour à un statu quo. Les principes ne sont toutefois pas identiques dans les deux cas : en cas de décompensation d'un état dégénératif antérieur, la présomption jurisprudentielle s'applique et l'on doit considérer que le statu quo est atteint après six à neuf mois, au plus tard un an après l'accident. En revanche, en cas d'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale (laquelle est établie, selon la

A/1520/2019 - 14/15 - jurisprudence, lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme), l'assureur-accidents doit prendre en charge le traitement - et, partant, les éventuelles interventions chirurgicales - jusqu'à ce que le statu quo sine vel ante soit atteint, aucune présomption jurisprudentielle n'intervenant dans un tel cas. Il en découle que la chambre de céans n'est pas en mesure d'examiner la validité de la décision sur opposition querellée faute d'instruction médicale sur l'état antérieur du recourant. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire – éventuellement sous forme d'expertise - sur la question d'une aggravation traumatique ou d'une décompensation d'un état dégénératif préexistant et sur la date du retour à un statu quo sine. Vu le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, il n'est pas nécessaire d'entendre les médecins du recourant ni d'ordonner une expertise orthopédique ou biomécanique. 10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 13 mars 2019 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1520/2019 - 15/15 - 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.