

GE_GERICHTE ATAS/285/2015 vom 21. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_285_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/285/2015 du 21 avril 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/285/2015 del 21 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).

A/696/2014 - 10/17 - 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). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

a. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes cervicales présentées par le recourant dès le 23 octobre 2012 sont une rechute de l'accident survenu le 15 octobre 2011.

b. La chambre de céans relèvera d'ores et déjà que le recourant fait valoir - pour la première fois dans le cadre de son recours - que l'intimée doit prendre en charge ces atteintes cervicales en tant que suite de l'événement survenu le 19 novembre 2012. A cet égard, la chambre de céans rappellera que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, dans la mesure où la décision litigieuse ne porte ni sur la qualification de l'événement survenu le 19 novembre 2012, ni sur le lien de causalité naturelle entre celui-ci et les atteintes cervicales présentées

par le recourant, la chambre de céans ne saurait trancher ces questions dans le cadre de la présente procédure. Il appartiendra au recourant, le cas échéant, de solliciter de l'intimée qu'elle rende une décision sur ces points.

E. 5

a. 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

A/696/2014 - 11/17 - (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). b. 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. 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. d. 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. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur

l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et

A/696/2014 - 12/17 - les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 6

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 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 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). 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

A/696/2014 - 13/17 - 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). 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). 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).

E. 7

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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'en 2011, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

A/696/2014 - 14/17 -

E. 8

Enfin, 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).

E. 9

En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée, en se référant à l'avis du Dr F_____, a conclu que les atteintes cervicales dont a souffert le recourant dès le 23 octobre 2012 ne sont pas en lien avec l'accident survenu le 15 octobre 2011, ce que conteste le recourant en se fondant sur l'appréciation du Dr E_____. Au vu des rapports versés à la procédure, force est de constater que les appréciations du médecin-conseil et celles du médecin traitant sont diamétralement opposées. Pour le médecin-conseil de l'intimée, la dessiccation discale C4-C5 n'est pas en lien avec l'accident, vu l'absence d'œdème sur l'IRM de 2011 (rapport du 23 janvier 2014), alors que pour le Dr E_____, entendu par la chambre de céans le 23 septembre 2014, l'absence d'œdème sur l'IRM de 2011 n'exclut pas nécessairement une entorse cervicale. Par ailleurs, selon le Dr F_____, la dessiccation est minime, alors que pour le Dr E_____, le fait qu'elle soit minime importe peu quant au fait qu'elle fait suite à un choc. En outre, selon le Dr F_____, on ne peut retenir qu'il y a eu un choc ou une contusion sur la colonne cervicale le 15 octobre 2011 et il est tout à fait improbable que la dessiccation soit d'origine traumatique (rapport du 23 janvier 2014), alors que pour le Dr E_____, la dessiccation cervicale est d'origine traumatique, car cette lésion est constatée uniquement dans les cas d'un choc ou d'une contusion importante sur la colonne cervicale. Selon lui, la dessiccation ne peut être un trouble dégénératif, vu l'âge du recourant. L'endroit est fragilisé par la dessiccation et la douleur peut se manifester plus tard (rapport du 9 avril 2013 et procès-verbal d'audition du 23 septembre 2014). Il ne suffit certes pas que le médecin traitant exprime une opinion divergente de celle du médecin-conseil pour faire douter des conclusions de celui-ci. Cela étant, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr F_____ n'emporte pas la conviction, notamment pour les motifs qui suivent. Il résulte en effet de l'instruction menée par la chambre de céans que lors de l'accident du 15 octobre 2011, la tête du recourant a tapé le volant et qu'il a subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance. Il présentait ce jour-là notamment des vertiges et des nausées (rapport du Dr J_____ du 15 octobre 2011). Le

A/696/2014 - 15/17 - lendemain, le recourant s'est plaint de nuchalgies associées à des céphalées frontales bilatérales oppressives et de nausées. A l'examen clinique, il avait des douleurs à la palpation du rachis cervico-dorsal et des contractures musculaires avec douleur de la musculature para-vertébrale cervico-dorsale. Une radiographie du rachis cervico-dorsal a été effectuée, ne révélant pas de fracture. Le diagnostic retenu a été une lésion musculo-ligamentaire cervicale, sans fracture et les nausées ont été soulagées par le port d'une minerve rigide (rapport du Dr J_____ du 16 octobre 2011). La chambre de céans constate que ces éléments médicaux permettent de retenir que, selon toute vraisemblance, le recourant a subi un choc à la colonne cervicale le 15 octobre 2011. Or, ces éléments ne figuraient pas au dossier de l'intimée lorsque le Dr F_____ s'est prononcé sur le lien de causalité entre les atteintes cervicales présentées par le recourant dès le 23 octobre 2012 et l'accident du 15 octobre 2011, ni lorsque l'intimée a rendu ses décisions litigieuses. Par ailleurs, le Dr F_____ fait valoir que la minime dessiccation discale C4-C5 évoquée dans le rapport IRM du 30 octobre 2012 était déjà visible et sans changement sur l'IRM du 18 novembre 2011. Selon lui, la dessiccation se situe non seulement au niveau C4-C5, mais également dans les deux segments voisins et il est tout à fait improbable qu'elle soit d'origine traumatique (rapport du 23 janvier 2014). La chambre de céans constate toutefois que la lecture des deux rapports d'imagerie du 18 novembre 2011 et du 30 octobre 2012 rédigés par le Dr D_____ ne permet en aucune manière de confirmer les explications données par le Dr F_____. En effet, il n'est pas indiqué qu'une dessiccation discale C4-C5 était visible le 18 novembre 2011, ni partant, qu'elle serait sans changement

jusqu'au 30 octobre 2012, ni qu'elle toucherait en outre les deux segments voisins. Or, dans la mesure où le Dr F_____ se fonde sur ces arguments ainsi que sur l'absence de choc à la colonne cervicale lors de l'accident du 15 octobre 2011 pour écarter le lien de causalité entre celui-ci et les atteintes cervicales dont a souffert le recourant dès le 23 octobre 2012, son appréciation ne peut, en l'état, être confirmée par la chambre de céans.

E. 10

Par ailleurs, dans la mesure où l'on ne saurait statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations du médecin traitant, il s'ensuit que la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur la question déterminante de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du

E. 15

octobre 2011 et les atteintes cervicales pour lesquelles le recourant a consulté le Dr E_____ dès le 23 octobre 2012. En pareilles circonstances, le dossier sera renvoyé à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 44 LPGA et rende une nouvelle décision. 11. Le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A/696/2014 - 16/17 - 12. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). 13. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/696/2014 - 17/17 - 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.