

GE_GERICHTE ATAS/325/2010 vom 25. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_325_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/325/2010 du 25 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/325/2010 del 25 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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 auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2009 et jusqu'au 15 avril suivant, en particulier sur le lien de causalité naturelle et, le cas échéant, adéquate, entre l'accident du 8 décembre 2008, et les atteintes à la santé dont la recourante fait état pour la période du 1er février au 15 avril 2009.

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.

E. 5.1

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 de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas

A/3485/2009 - 6/12 - 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. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de

son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). Dans ce contexte, on précisera encore que l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 87 et les références) (arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2008, U 47/07, consid. 6.2 in fine ; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références).

E. 5.2

Si l'on peut admettre qu'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; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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) en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident

A/3485/2009 - 7/12 - ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. 5.3

Par ailleurs, 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, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). 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 (arrêt du 23 juin 2008, U 47/07, consid. 4 ; du 25 mars 2008, 8C.233/2007, consid. 2).

E. 5.4

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., Berne 1983, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 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).

E. 6.1

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; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 130 II

A/3485/2009 - 8/12 - 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). Le juge dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

E. 6.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur 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. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

E. 6.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas

sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à

A/3485/2009 - 9/12 - l'appréciation des preuves. 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, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral du 26 janvier 2007, U 365/06, consid. 4.1). Enfin, on rappellera qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral du 20 novembre 2009, 9C_4/2009, consid. 2.2.).

E. 7

En l'occurrence, force est de constater qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 8 décembre 2008 n'avait plus d'effet causal au-delà du 31 janvier 2009, comme le soutient l'intimée. En particulier, les avis de ses médecins-conseils des 1er mai et 1er septembre 2009 ne revêtent pas une valeur probante suffisante pour permettre au Tribunal de céder sans autre du rapport du médecin-traitant du 27 juillet 2009, selon lequel les douleurs lombaires présentées par sa patiente au-delà du 31 janvier 2009 n'étaient dues qu'à la chute du 8 décembre 2008, même si la grossesse contribuait à l'évolution de celles-ci. En effet, si les Drs M_____ et N_____ ont estimé que le statu quo sine avait été atteint en l'occurrence au plus tard 4 semaines après l'accident, c'est sur la seule hypothèse, au demeurant nullement étayée (vu l'absence de radiographie en raison de la grossesse de l'assurée), que ladite chute avait provoqué une

contusion seulement bénigne, sans lésions anatomiques significatives. Or, il n'est pas contesté que l'intensité des lombalgies en cause rendait nécessaire, également au-delà du 31 janvier 2009, l'administration de paracétamol, que l'assurée a cependant préféré ne pas prendre en raison de son état de grossesse. Certes, il incombait à la recourante de diminuer son dommage en se soumettant, malgré sa grossesse, à un tel traitement (voire, le cas échéant, en suivant des séances de physiothérapie sous forme de massage ou de rééducation en piscine, comme l'a suggéré l'assureur au stade du recours), puisque ce médicament est normalement inoffensif pour le fœtus. Il n'en demeure pas moins que l'intimée

A/3485/2009 - 10/12 - aurait dû, si elle entendait refuser ses prestations au-delà du 31 janvier 2009, procéder en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (mise en demeure écrite avec avertissement des conséquences juridiques, moyennant un délai de réflexion convenable). Or non seulement l'assureur n'a pas mis en oeuvre une telle procédure, mais encore il a tardé à prendre position en l'occurrence, puisque ce n'est que suite au rapport de son médecin-conseil du 1er mai 2009, et alors qu'il avait reçu dans l'intervalle trois certificats médicaux du médecin-traitant prolongeant régulièrement l'arrêt de travail de la patiente (soit les 5 janvier, 2 février et 10 mars 2009), qu'il a retenu que le statu quo sine avait été atteint 4 semaines après l'accident du 8 décembre 2008 (soit le 8 janvier 2009). De surcroît, un tel mode de procéder n'est pas compatible avec le principe inquisitoire, selon lequel l'administration est tenue de prendre - d'office - les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (art. 43 al. 1 première phr. LPGA). A cela s'ajoute que le Dr M_____ a tenu compte « des circonstances de l'accident » (sans autre précision) pour conclure au caractère bénin des douleurs lombaires de l'assurée et fixer en conséquence le statu quo sine à 4 semaines. Or, dans son avis subséquent du 1er septembre 2009, le Dr N_____ a relevé que les circonstances dans lesquelles la chute était survenue n'étaient « pas claires ». On peut en tout cas observer à cet égard que l'intéressée est tombée de sa hauteur non pas sur le sol, mais sur un « step », directement sur le dos, ce qui aura pu l'empêcher, le cas échéant, d'amortir sa chute avec les mains. De surcroît, les médecins-conseils n'ont à aucun moment examiné personnellement l'assurée, si bien qu'ils n'ont pas été en mesure de se déterminer valablement sur l'intensité des douleurs ressenties par elle en relation avec sa chute. Ils n'ont en outre pas motivé à satisfaction le délai de 4 semaines à partir duquel ils ont estimé que le statu quo sine avait été atteint. Ils ne se sont pas davantage déterminés sur le fait que, durant la totalité de son arrêt de travail à 50%, l'assurée avait également poursuivi son activité à mi-temps, - circonstance dont on ne peut exclure qu'elle ait pu contribuer à la prolongation de son arrêt de travail à 50%, dans la mesure où, dans son rapport du 10 mars 2009, le Dr L_____ a relevé que, sur le plan de l'évolution, les lombalgies persistaient en cas d'effort soutenu. D'un autre côté, le Dr L_____ a, quant à lui, examiné régulièrement sa patiente, une à deux fois par mois, tout en prenant en compte ses plaintes. La durée de l'arrêt de travail prescrite par ce praticien (initialement du 8 décembre 2008 au 15 avril 2009, selon son attestation du 10 mars 2009), soit un peu plus de quatre mois, apparaît en outre compatible avec la doctrine médicale, selon laquelle une simple contusion, sans lésion osseuse, cesse normalement de produire ses effets quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (cf. arrêts A. du 6 juin 2001, U 401/00, F. du 29 décembre 2000, U 199/00). L'intéressée s'est au demeurant complètement rétablie, selon toute vraisemblance, dès le 1er avril 2009, date signant la fin de son arrêt de travail, selon les renseignements qu'elle a donnés oralement, et dûment consignés dans la notice

A/3485/2009 - 11/12 - d'entretien téléphonique du 2 avril 2009 (cf. art. 43 al. 1, 2ème phr.), notice dont la teneur n'a d'ailleurs pas été contestée par la recourante (étant à cet égard précisé, à toutes fins utiles, qu'il lui était loisible, le cas échéant, de consulter cette pièce au greffe de la juridiction de céans depuis le dépôt de la réponse au recours du 15 octobre 2009). Pareil élément tend d'ailleurs à contredire la thèse de l'assureur, selon laquelle l'accident avait eu un rôle « extrêmement mineur par rapport à l'influence grandissante et finalement exclusive de la grossesse dans la pérennité des douleurs lombaires » (réponse au recours, p. 2). On rappellera, en effet, que l'assurée a accouché le 15 avril 2009, alors qu'elle avait recouvré une capacité de travail complète depuis le 1er avril précédent. A contrario, cela corrobore les conclusions du Dr L_____, selon lesquelles les douleurs lombaires présentées par sa patiente durant la période litigieuse avaient une origine exclusivement accidentelle. Par surabondance, on observera que, compte tenu de l'écoulement d'une année environ après le rétablissement de l'assurée, une éventuelle mesure d'instruction médicale ordonnée par le Tribunal apparaîtrait difficilement praticable en l'espèce. En tout état, au vu des considérations qui précèdent, une telle mesure s'avère superflue et n'a d'ailleurs pas été requise par les parties.

E. 8

Dans ces conditions, il faut admettre que la recourante a encore droit à l'octroi de prestations de l'assurance LAA pour la période du 1er février au 31 mars 2009.

E. 9

Obtenant partiellement gain de gain, la recourante, assistée par une avocate de la CAP, a droit à des dépens, que le Tribunal fixe en l'occurrence à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA).

E. 10

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3485/2009 - 12/12 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.