

GE_GERICHTE ATAS/334/2018 vom 16. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_334_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/334/2018 du 16 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/334/2018 del 16 aprile 2018

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

À 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 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18

juillet 2005 consid. 5). 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).

A/5075/2017 - 12/20 - b. En l'espèce, par décision du 18 septembre 2017, confirmée sur opposition le 21 novembre 2017, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 28 juillet 2016 concernant les troubles du poignet gauche, au motif que le statu quo sine était alors atteint, et a refusé la prise en charge des problèmes lombaires, faute de tout rapport de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2016. Le litige ne porte donc que sur le droit aux prestations de la recourante en lien avec ces affections, l'intimée ne s'étant pas déterminée par décision sur les autres atteintes évoquées dans le cadre de la présente procédure. De même, l'accident du 12 mai 2017 ne fait pas partie du litige soumis à l'examen de la chambre de céans faute de décision y relative.

E. 6

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. 7

a. 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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

A/5075/2017 - 13/20 - 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. b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester 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).

E. 8

a. 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 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). b. 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). L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 3a et la référence citée).

A/5075/2017 - 14/20 - Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner

une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du

E. 11

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). 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 procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

E. 12

En l'occurrence, il est rappelé que, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, l'intimée a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 29 juin 2016 et la symptomatologie présentée par la recourante au niveau du poignet gauche, et considéré que le statu quo sine avait été atteint le 28 juillet 2016. Elle a en revanche nié tout rapport de causalité entre le sinistre assuré et les troubles lombaires. La recourante quant à elle conteste ces conclusions et soutient que son poignet et sa main gauches n'ont jamais cessé de lui faire mal depuis le sinistre du 29 juin 2016, lequel est également responsable de ses troubles lombaires. En outre, elle fait état de nombreuses autres affections sur lesquelles l'intimée ne s'est pas prononcée dans sa décision sur opposition, notamment une aggravation des douleurs dorsales et cervicales, ainsi que l'existence de lésions aux niveaux de ses épaules.

E. 13

Il convient donc d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'avis du médecin-conseil du 24 août 2017. La chambre de céans constate d'emblée que ce document, très succinct, ne permet pas de connaître l'identité et la spécialisation du médecin-conseil, qu'il ne comporte ni la description de l'événement accidentel, ni la moindre anamnèse, ni les plaintes

A/5075/2017 - 17/20 - de la recourante. Les conclusions de ce rapport, dépourvues de toute motivation, n'emportent dès lors pas la conviction de la chambre de céans.

E. 14

Les mêmes griefs peuvent être formulés à l'encontre des rapports du Dr B_____ des 14 septembre, 12 novembre 2016 et 17 mai 2017, lesquels ne contiennent pas non plus d'indication détaillée quant au déroulement de l'accident, ni la moindre anamnèse de la recourante. De plus, les réponses et annotations laconiques du médecin traitant sont confuses et apparaissent contradictoires. À titre d'exemple, le Dr B_____ s'est contenté d'inscrire le diagnostic de contusion post-traumatique et de cocher la case « gauche » concernant les lésions subies, sans apporter la moindre correction au formulaire qu'il a signé le 14 septembre 2016, lequel mentionne que la partie du corps atteinte était « Épaula » et que les lésions consistaient en des hématomes et une luxation. Le Dr B_____ semble ainsi avoir confirmé les atteintes signalées par l'employeur dans sa déclaration électronique d'accident du 2 septembre 2016, soit des hématomes et une luxation de l'épaule. Toutefois, le jour de l'accident, il a adressé la recourante au Dr C_____ pour un bilan radiographique du poignet et de la main gauches, ce qui permet de penser que les contusions et les hématomes qu'il a diagnostiqués concernaient en réalité cette partie du corps puisqu'aucun examen n'a été pratiqué au niveau de l'épaule et qu'aucune référence à une éventuelle luxation de l'épaule ne ressort de ses rapports ultérieurs. Il sied également de relever que les constatations et diagnostics signalés par le Dr B_____ ont varié d'un rapport à l'autre, sans aucune explication, de sorte qu'il n'est pas possible de savoir si le médecin traitant a entendu apporter des compléments ou au contraire des modifications à ses appréciations antérieures. Ainsi, ce médecin a par exemple indiqué, dans son rapport du 12 novembre 2016, qu'il avait constaté un « œdème » et un hématome au niveau du poignet et de la main « droite », avec des douleurs, ainsi que des algies au niveau de la colonne lombaire. Bien qu'il soit envisageable que le médecin traitant ait commis une inadvertance en indiquant « droite », il n'est pas exclu qu'il ait effectivement constaté des lésions au niveau du poignet et de la main droites, étant rappelé que la recourante a mentionné, dans sa déclaration d'accident du 31 août 2016, des blessures aux deux membres supérieurs. La présence d'un œdème et l'existence de douleurs lombaires sont signalées pour la première fois, sans indication quant à la date de l'examen clinique y relatif. Il n'est donc pas possible de déterminer si ces atteintes et plaintes remontent au jour de l'accident ou si elles ont été constatées et rapportées au retour de vacances de la recourante, à la fin de l'été 2016. De même, dans sa prescription de physiothérapie du 15 janvier 2017, le Dr B_____ a noté pour la première fois des cervicalgies « post-traumatiques » et précisé au médecin-conseil de l'intimée, en date du 17 mai 2017, que les douleurs cervico-dorsales « persistantes » étaient en relation avec l'accident. La date d'apparition de ces symptômes n'est toutefois pas connue.

A/5075/2017 - 18/20 - On relèvera encore que les indications du Dr B_____ ne permettent pas de savoir quels traitements ont été prescrits à la recourante, pour quelles atteintes, à quels moments et pour quelle durée. En effet, le premier rapport du médecin traitant ne contient aucune information relative au traitement. Le rapport du 12 novembre 2016

mentionne la prescription d'anti-inflammatoire et d'une immobilisation, sans préciser si elle se rapporte aux douleurs de poignet et de la main « droites » ou aux troubles lombaires. Enfin, le Dr B_____ a répondu au médecin-conseil de l'intimée, le 17 mai 2017, que la « poursuite » du traitement de physiothérapie (« ordonnance du 10.01.2017 ») était justifiée par des douleurs cervico-dorsales. On ignore toutefois quand a débuté un tel traitement et en raison de quelles affections il a été initialement ordonné.

E. 15

Partant, bien que les radiographies effectuées le jour de l'accident n'aient révélé aucune fracture, aucune luxation, aucune lésion osseuse ni aucune anomalie des parties molles du poignet et de la main gauche (cf. rapport du 29 juin 2016 du Dr C_____), les conclusions du médecin-conseil quant au retour au statu quo dans un délai de quatre semaines après l'accident ne sauraient en l'état être confirmées puisque les informations fournies par le Dr B_____ sont insuffisantes pour se prononcer sur les lésions présentées par la recourante, établir un diagnostic fiable et connaître les traitements prescrits. Rien ne permet donc de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les atteintes au niveau du poignet et de la main gauches n'étaient plus imputables à l'accident dès le 28 juillet 2016.

E. 16

S'agissant de l'atteinte lombaire, le médecin-conseil a estimé qu'elle était d'origine dégénérative et sans rapport de causalité avec l'accident, sans livrer toutefois la moindre argumentation permettant d'exclure que la déchirure de l'anneau fibreux L4-L5 et la petite hernie protrusive ait été provoquée, voire déclenchée, par l'accident du 29 juin 2016. Il n'a en particulier pas examiné si l'événement accidentel était adéquat et propre à causer une hernie discale, ni n'a indiqué si la recourante avait présenté immédiatement des symptômes caractéristiques. C'est le lieu de relever, s'agissant des critères jurisprudentiels relatifs au rapport de causalité entre les hernies discales et un événement accidentel, que l'absence d'incapacité de travail dans les suites de l'accident n'est pas décisive dans le cas d'espèce puisque la recourante était en vacances pendant près de deux mois dès le lendemain de l'accident et qu'elle ne travaille qu'à un taux de 23%. Il sera encore relevé que l'IRM lombosacrée du 28 septembre 2016 a mis en exergue une déchirure de l'anneau fibreux L4-L5 et une petite hernie protrusive, alors que le rapport établi par le Dr I_____ suite à l'IRM du rachis lombaire pratiquée le 13 novembre 2013, document produit par la recourante dans la cadre de la présente procédure et qui n'a pas été soumis à l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, ne fait pas état de tels troubles. De plus, les radiographies de la colonne lombaire pratiquées par le Dr C_____ le 14 septembre 2016 ont révélé une bascule du bassin, mais aucun médecin ne s'est prononcé sur le lien de

A/5075/2017 - 19/20 - causalité entre ce déséquilibre et l'accident assuré. Étant rappelé que la recourante avait déjà consulté le Dr B_____ avant l'accident et que ce médecin lui avait prescrit différents traitements, notamment le port d'un corset, il apparaît indispensable de solliciter des rapports précis et détaillés de la part de ce praticien. En outre, il paraît judicieux qu'un spécialiste examine le dossier d'imagerie de la recourante, et non seulement les rapports s'y référant, afin de déterminer si les troubles constatés au mois de novembre 2016 peuvent être attribués, au degré de la vraisemblance prépondérante, au sinistre du 29 juin 2016. La chambre de céans considère ainsi que la documentation médicale produite ne permet pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si les atteintes

lombaires constatées le 28 septembre 2016 ont été provoquées par le traumatisme ou si elles existaient déjà avant le sinistre, cas échéant si elles ont été aggravées et dans quelle mesure. La brève détermination du médecin-conseil quant aux troubles lombaires, abstraite et dépourvue de toute motivation, ne saurait donc se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

E. 17

À défaut d'instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de la situation médicale de la recourante, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de lui renvoyer la cause afin qu'elle sollicite des rapports complets et détaillés de la part du Dr B _____ et, cas échéant, qu'elle mette en œuvre une expertise de la recourante. À l'issue de cette instruction, l'intimée rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits de la recourante à des prestations d'assurance. À toutes fins utiles, il sera rappelé à l'attention de l'intimée qu'il lui incombera également de statuer sur les autres atteintes à la santé que la recourante attribue au sinistre assuré, notamment les troubles de la colonne dorsale, cervicale et des deux épaules. À cet égard, il sied de relever que si la déclaration électronique d'accident reçue par l'intimée le 2 septembre 2016, laquelle a semble-t-il été communiquée par l'employeur, fait état d'hématomes et d'une luxation de l'épaule, la recourante a toutefois signalé plusieurs autres atteintes dans le formulaire qu'elle a envoyé à l'employeur le 31 août 2016, notamment des lésions aux niveaux des deux membres supérieurs, avec une épaule déplacée, une « luxation », des douleurs à la jambe droite, à la tête et au coccyx.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 21 novembre 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 19

N'étant pas représentée, la recourante n'a pas droit à des dépens (cf. ATAS/1075/2016 du 19 décembre 2016). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/5075/2017 - 20/20 -

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.