

GE_GERICHTE ATAS/372/2016 vom 12. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_372_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/372/2016 du 12 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/372/2016 del 12 maggio 2016

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 depuis 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

A/1530/2015 - 13/20 - 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

Compte tenu de la suspension du délai de recours du 30 mars au 12 avril 2015, le recours, interjeté le 11 mai 2015 contre la décision reçue le 26 mars 2015, dans la forme prévue par la loi, est recevable (art. 38 al. 4 let. a et 56 ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations avec effet au 30 avril 2012.

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 (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 notamment, 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. 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.

A/1530/2015 - 14/20 - 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). 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

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). 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 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). b. 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).

A/1530/2015 - 15/20 - Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Par ailleurs, 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/bb et cc).

E. 7

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. 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

A/1530/2015 - 16/20 - 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 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

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

a. En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'en raison de l'accident survenu le 20 février 2011, le recourant a présenté une luxation acromio-claviculaire droite, une fracture cervicale de C6, une fracture de l'apophyse épineuse de D3, une fracture du corps du sternum et une contusion costale droite. L'intimée a mis fin au versement des prestations au 30 avril 2012, en retenant un statu quo sine au 20 mai 2011 s'agissant de la luxation acromio-claviculaire droite de stade II, un statu quo sine au 20 juin 2011 s'agissant de la fracture du corps du sternum et de la 10ème côte droite et hémothorax, un statu quo sine au 4 juillet 2011 s'agissant de la fracture cervicale C6 et un statu quo sine au 20 septembre 2011 s'agissant de la fracture des apophyses épineuses de D3 et D4. Le recourant fait valoir, quant à lui, que ses plaintes liées à l'atteinte cervicale, soit notamment des cervicalgies, des paresthésies et une diminution de la force à l'épaule et au bras droits ainsi qu'une hypoesthésie dans le territoire de C6 au pouce droit, sont encore en lien de causalité avec l'accident au-delà du 4 juillet 2011. b. Dans le cadre de la procédure non contentieuse, au vu des conclusions divergentes émises par le Dr P_____, expert mandaté par l'intimée, et celles émises par le Dr S_____, neurochirurgien traitant, les parties ont demandé au Dr T_____ de se déterminer. Suite à un examen du recourant réalisé le 6 mars 2014, cet expert a conclu notamment à une contusion de la racine C6 droite post-traumatique secondaire à la fracture de la facette articulaire à ce même niveau causée directement par l'accident de ski. Les cervicalgies, la raideur rachidienne avec irradiations douloureuses postérieures bilatérales et les paresthésies à hauteur du pouce du côté droit s'expliquaient par cette atteinte. Un état antérieur n'avait d'aucune manière pu influencer ni la fracture, ni la contusion de la racine. L'accident était de manière certaine, la seule et unique cause des troubles neurochirurgicaux dont souffrait le recourant, lesquels étaient, sans doute possible, dus à la contusion de la racine et à la fracture du massif articulaire. Le statu quo ante n'était pas encore atteint et le

A/1530/2015 - 17/20 - recourant était dans une phase de rémission. La physiothérapie et la poursuite d'un traitement médical conservateur étaient nécessaires afin d'obtenir une amélioration de son état de santé. On relèvera que le rapport d'expertise du Dr T_____ du 3 avril 2014, ses réponses adressées au recourant à cette date également ainsi que celles rédigées le 11 janvier 2016 à la demande de la chambre de céans, reposent sur un examen

de l'assuré et sur l'étude de son dossier médical. Les anamnèses sont détaillées et les plaintes du recourant ont été prises en considération. Les réponses de l'expert sont en outre bien motivées et exposent de façon claire et précise les raisons pour lesquelles le recourant présente encore des diagnostics en lien de causalité naturelle avec l'accident et les raisons pour lesquelles le statu quo sine vel ante n'a pas été atteint. Par ailleurs, les griefs formels invoqués par l'intimée à l'égard des rapports du Dr T_____ tombent à faux. En effet, on ne voit pas en quoi l'absence d'une anamnèse familiale, la brièveté de l'anamnèse socio-professionnelle ou une éventuelle confusion entre les termes statu quo sine et statu quo ante entacheraient la valeur probante des conclusions de l'expert. Par ailleurs, contrairement à ce qu'avance l'intimée, celui-ci a bel et bien fait mention d'un état antérieur (p. 7 du rapport du 3 avril 2014). Enfin, l'intimée ne saurait reprocher au Dr T_____ de ne pas s'être prononcé sur la relation de causalité entre chacun des diagnostics retenus et l'accident, puisqu'elle ne lui a pas posé de question en ce sens (cf. p. 8 du rapport du 3 avril 2014). L'intimée fait valoir, en se fondant sur l'avis du Dr P_____, que les plaintes persistantes au niveau du rachis cervical ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident à compter du 4 juillet 2011. Cependant, la chambre de céans constate que ce médecin n'est pas aussi catégorique que semble le croire l'intimée. En effet, le Dr P_____ a également abouti à la conclusion d'une contusion radiculaire post-traumatique avec, comme séquelles, des troubles de la sensibilité de type paresthésie du pouce et de l'index droits. Il a ajouté que cette contusion pouvait provoquer une irritation radiculaire, malgré l'absence de contrainte évidente à l'IRM et ainsi entretenir le syndrome paresthésique C6 droit (rapport du 16 mars 2012, p. 54). Interpellé par l'intimée, le Dr P_____ a à nouveau admis, s'agissant du rôle d'une contusion radiculaire C6 droite et des paresthésies dans le territoire de C6, que la fracture de l'articulation C6 avait pu créer une atteinte nerveuse sous forme d'hypoesthésies et de paresthésies au niveau du territoire du pouce et de la face externe de l'index droit dans le territoire C6 (rapport du 29 octobre 2012). Par ailleurs, les conclusions du Dr P_____ ne sont pas convaincantes. En effet, s'agissant du lien de causalité entre la contusion radiculaire C6 droite et les cervicalgies, il a indiqué ne pas l'avoir retenu au motif, notamment, qu'au moment de l'expertise, les cervicalgies avaient disparu (rapport du 29 octobre 2012). Or, on peine à comprendre sur quelle base le Dr P_____ est parvenu à cette conclusion puisqu'à l'inverse, il a également retenu dans son rapport que, depuis l'accident

A/1530/2015 - 18/20 - jusqu'à l'expertise, le recourant a décrit des douleurs sans aucune modification au niveau de la région cervicale postérieure et une sensation de raideur au niveau de la région cervicale (rapport du 16 mars 2012, pp. 48 et 53). De manière contradictoire également, ce médecin retient un statu quo sine au 4 juillet 2011 pour la fracture articulaire, tout en admettant que la persistance des plaintes du rachis cervical est à mettre en relation avec l'état dégénératif préexistant et la fracture articulaire C6 (rapport du 16 mars 2012, p. 85). Par ailleurs, de manière contradictoire encore, le Dr P_____ indique que la pathologie dégénérative révélée par l'IRM du 4 juillet 2011 « n'explique pas la symptomatologie C6 droite post-traumatique » (rapport du 16 mars 2012, pp. 84- 85), avant d'émettre l'avis qu'en l'absence d'instabilité, les plaintes algiques résiduelles au niveau du rachis cervical s'expliquent par la pathologie dégénérative préexistante révélée lors des premiers examens. On soulignera que le Dr T_____ ne conteste ni l'absence d'instabilité, ni la présence d'un état cervical dégénératif avec des discopathies multi-étagées, indépendant de l'accident. Il explique toutefois, de manière circonstanciée et convaincante, que la lésion C5-C6 radiculaire et du massif articulaire ne peut être considérée comme une

aggravation de l'état de santé préexistant à ce niveau puisqu'il n'y avait en C5-C6, ni atteinte radiculaire avant l'accident, ni fracture vertébrale. Il ajoute qu'un état antérieur peut provoquer une usure prématurée des structures sous forme d'un vieillissement (dessèchement discal ou arthrose à hauteur de facette articulaire, par exemple), mais qu'en aucun cas, chez un patient de cet âge, une fracture ou une dislocation osseuse ne peut survenir spontanément. L'état antérieur n'a donc pu nullement influencer ni la fracture, ni la contusion de la racine, raisons pour lesquelles il a retenu que l'accident était de manière certaine la seule et unique cause des troubles neurochirurgicaux dont souffre le recourant. Le Dr T_____ explique par ailleurs que le diagnostic de contusion de la racine C6 droite s'explique par la douleur irradiant dans une topographie radiculaire, par la présence de paresthésies témoignant d'une irritation radiculaire et par la cinétique d'apparition des paresthésies. Il indique que la contusion de la racine C6 est secondaire à la fracture de la facette articulaire de C6 car celle-ci a provoqué un conflit direct avec, lors du déplacement osseux et de la petite suffusion hémorragique y associée, une compression de la racine C6. On relèvera encore que les autres neurochirurgiens ayant examiné le recourant ont également conclu à la présence d'une contusion de la racine C6 post-traumatique (rapport du Dr S_____ du 15 juin 2012) et à l'absence de lien entre les atteintes dégénératives et les plaintes persistantes du rachis cervical (rapport du Dr S_____ du 15 juin 2012, rapport du Dr J_____ du 22 novembre 2011 cité par le Dr P_____ dans son rapport du 16 mars 2012, p. 14). Au vu de ces éléments, on ne saurait écarter les conclusions du Dr T_____ au profit de l'appréciation du Dr P_____.

A/1530/2015 - 19/20 - Quant à l'avis du Dr M_____, qui fixe le statu quo sine au 4 juillet 2011 (rapports des 14 novembre 2014 et 9 février 2016), force est de constater qu'il se limite en une simple affirmation, en reprenant, de manière succincte, les arguments du Dr P_____ et sans discuter ceux du Dr T_____. Il s'ensuit que l'appréciation du Dr M_____, qui, au demeurant, n'est pas neurochirurgien, n'est pas convaincante. Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr T_____.

E. 10

Il convient donc d'admettre que l'accident du 20 février 2011 a causé une contusion radiculaire C6 droite, entraînant une incapacité de travail et nécessitant des traitements. Par ailleurs, le statu quo sine vel ante n'était pas encore atteint au moment où le Dr T_____ a réalisé son examen, soit le 6 mars 2014. C'est par conséquent à tort que l'intimée a fixé un statu quo sine au 4 juillet 2011 s'agissant de l'atteinte au rachis cervical et a mis fin au versement des prestations avec effet au 30 avril 2012. Le recours est donc admis et la décision litigieuse annulée, le recourant ayant droit à la reprise du versement des prestations légales à compter du 1er mai 2012. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur le droit aux prestations du recourant pour la période postérieure au 6 mars 2014. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/1530/2015 - 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.