

# **GE\_GERICHTE ATAS/401/2019 vom 9. Mai 2019**

GE Cour de justice, 2019-05-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_401\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_401_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/401/2019 du 9 mai 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/401/2019 del 9 maggio 2019

## **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), 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**

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). Interjeté le 14 novembre 2018 contre la décision litigieuse du 30 octobre 2018, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

### **E. 3**

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2018. Singulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés après cette date sont en lien de causalité avec l'événement assuré du 19 décembre 2017.

### **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. 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).

A/4002/2018 - 6/11 - 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 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.

#### **E. 5**

Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre 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). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif asymptomatique au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_563/2011 du 29 août 2011 consid. 3). Ainsi, pour qu'une aggravation d'un état antérieur dégénératif soit établie, celle-ci doit être objectivée d'un point de vue radiologique et se distinguer de l'évolution habituelle liée à l'âge. En revanche, en présence d'un accident sans lésion structurelle de la colonne vertébrale, il convient de rechercher, à mesure que le temps s'écoule, une explication à la chronicisation des plaintes du côté d'autres facteurs – étrangers à l'accident (arrêt du Tribunal des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références).

#### **E. 6**

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

A/4002/2018 - 7/11 - 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 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

#### **E. 7**

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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

A/4002/2018 - 8/11 - 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). d. Une appréciation médicale, respectivement 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 n. 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **E. 8**

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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un

A/4002/2018 - 9/11 - 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**

Faisant sienne l'appréciation du 11 mai 2018 du Dr G\_\_\_\_\_, l'intimée considère que le statu quo sine était atteint six mois après l'accident du 19 décembre 2017, soit le 19 juin 2018 et qu'ainsi, elle était en droit de mettre un terme à l'octroi d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 30 juin 2018. Pour sa part, la recourante conteste implicitement la survenance du statu quo sine six mois après l'accident du 19 décembre 2017 car elle souffrirait toujours de douleurs importantes apparues suite à cet événement. En outre, elle aurait tenté à plusieurs reprises de reprendre une activité lucrative – « même adaptée à [ses] conditions de travail » –, sans que cette démarche soit couronnée de succès, en raison des douleurs en question. En l'espèce, il est attesté que la recourante a souffert de contusions multiples (lombaires, du bassin et de l'épaule gauche) suite à l'événement du 19 décembre 2017. Cependant, il ne ressort pas des rapports médicaux qu'elle aurait subi une aggravation d'un état antérieur dégénératif asymptomatique au niveau de la colonne vertébrale. Selon les constatations du Dr G\_\_\_\_\_, le bilan radiologique effectué le 22 décembre 2017, soit trois jours après l'accident, révélait certes une très discrète raideur C2-C5 ainsi qu'une discarthrose L1-L2 mais aucune lésion traumatique de la colonne cervicale dorsale et lombaire, ni aucune lésion traumatique du bassin et de l'épaule gauche. Or, pour que l'aggravation d'un état antérieur dégénératif soit établie, celle-ci doit être objectivée d'un point de vue radiologique et se distinguer de l'évolution habituelle liée à l'âge (cf. ci-dessus : consid. 5). Par conséquent, dans le présent contexte, marqué par la persistance de douleurs non documentées par une aggravation radiologique, l'appréciation du 11 mai 2018 du Dr G\_\_\_\_\_ ne prête a priori pas le flanc à la critique en tant qu'elle fixe la survenance du statu quo sine au 19 juin 2018 au vu d'une évolution favorable et de l'absence de lésion traumatique observée dans le bilan radiologique. De surcroît, cette appréciation contient les diagnostics, repose sur un examen détaillé du bilan radiologique du 22 décembre 2017, tient compte de l'évolution du cas à la lumière des

diverses pièces du dossier, apparaît vierge de contradictions et est motivée, de sorte qu'il convient en principe de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dans son attestation du 6 août 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ constate également que les diverses radiographies pratiquées le 22 décembre 2017 n'ont rien révélé de « traumatique frais » et, dans son rapport intermédiaire du 15 mai 2018, il évoque un pronostic lentement favorable, précisant qu'il n'est pas nécessaire d'intervenir auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié et qu'il ne faut pas s'attendre à la persistance d'un problème. Pour le surplus, il est vrai que ce médecin a indiqué que le traitement se poursuivait au-delà du 30 juin 2018 et qu'il a considéré, in fine – après avoir varié dans ses appréciations du 24 août, respectivement 13 septembre 2018 –, que la reprise de l'activité habituelle n'était

A/4002/2018 - 10/11 - possible à 100 % qu'en date du 2 octobre 2018 en raison de l'accident considéré. Quoiqu'il en soit, le Dr F\_\_\_\_\_ ne fournit aucun indice concret qui permettrait de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ quant à la survenance du statu quo sine le 19 juin 2018. En toute hypothèse, la référence à la persistance de douleurs et à la poursuite du traitement (antalgique et anti-inflammatoire) et des séances de physiothérapie ne saurait suffire, car fondée sur un simple raisonnement post hoc ergo propter hoc. Enfin, dans la mesure où la jurisprudence considère, sur la base de l'état actuel de la science médicale, que dans le cadre de lombalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo sine est en principe retrouvé après trois ou quatre mois, et qu'à mesure que le temps s'écoule, une explication à la chronicisation des plaintes est à rechercher du côté de facteurs étrangers à l'accident (cf. ci-dessus : consid. 5), il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ en tant qu'elles retiennent que le statu quo sine était atteint six mois après l'accident. Dans ces circonstances, des mesures d'instruction complémentaires ne s'avèrent pas nécessaires et l'intimée était fondée à mettre un terme à la prise en charge du traitement et à l'octroi d'indemnités journalières au 30 juin 2018.

#### **E. 10**

Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

#### **E. 11**

L'intimée conclut à l'octroi de dépens. De jurisprudence constante, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à une indemnité de dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4b). Les conditions justifiant une dérogation à la règle n'étant pas réalisées dans le cas d'espèce, l'intimée ne peut se voir allouer une telle indemnité.

#### **E. 12**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\*\*\*

A/4002/2018 - 11/11 - 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.