

GE_GERICHTE ATAS/509/2016 vom 28. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_509_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/509/2016 du 28 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/509/2016 del 28 giugno 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 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 de loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) 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

Par arrêt sur partie du 2 février 2016 (ATAS/92/2016), la chambre de céans a considéré que le recours avait été interjeté en temps utile en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations au-delà du 2 juillet 2015.

A/4304/2015 - 6/13 - Il s'agira en particulier de déterminer si les troubles présentés par l'assuré à compter du 2 juillet 2015 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 5 janvier 2015.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie

lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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). 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 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul 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. 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

A/4304/2015 - 7/13 - (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Le droit à des prestations suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références).

E. 6

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4). Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils

appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé

A/4304/2015 - 8/13 - psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

E. 7

a. 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). b. 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). c. Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

A/4304/2015 - 9/13 - d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler 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 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 8

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 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 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 9

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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de

l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

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

A/4304/2015 - 10/13 - 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. 11

En l'occurrence, l'assureur a retenu sur la base du rapport d'expertise du 16 juin 2015, que les plaintes de l'assuré persistant après le 2 juillet 2015 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident et que la capacité de travail de l'assuré était entière sans baisse de rendement à compter du 20 avril 2015, date à laquelle une IRM du bassin et de la cuisse avait été réalisée.

E. 12

Il convient en premier lieu d'examiner si le rapport d'expertise sur lequel se fonde l'assureur répond aux exigences dégagées par la jurisprudence. Par rapport du 16 juin 2015, les Drs D _____ et E _____ ont retenu que le diagnostic de contusion du membre supérieur gauche, du membre inférieur gauche et du bassin, était en lien de causalité au moins vraisemblable (supérieur 51%) avec l'accident. Ils ont considéré que la rémission significative des signes cliniques était intervenue le 5 février 2015, date à laquelle le médecin traitant avait été consulté et n'avait prescrit aucun examen complémentaire, s'agissant de la contusion du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche. La guérison complète ne peut toutefois être affirmée que sur l'IRM réalisée le 20 avril 2015. S'agissant du bassin, ils ont estimé la rémission significative des signes cliniques au plus tard au 6 février 2015, date à laquelle des radiographies des articulations sacro-iliaques de la colonne lombaire et du bassin ont été effectuées et n'ont montré aucune lésion traumatique, étant précisé que l'IRM du 20 avril 2015 a permis de le confirmer. Les experts ont conclu à une incapacité de travail, due aux diagnostics en lien de causalité, de 0%, et aucune diminution de rendement, ce à compter du 20 avril 2015, correspondant à la date de l'IRM. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 16 juin 2015 repose sur des examens de l'assuré et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. L'expertise est en outre claire et circonstanciée, expliquant notamment les raisons pour lesquelles les experts ont retenu les diagnostics précités et l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Leurs conclusions sont ainsi dûment motivées et convaincantes. Il y a lieu de reconnaître une valeur probante entière à leur rapport d'expertise.

E. 13

Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à écarter l'appréciation des experts.

A/4304/2015 - 11/13 - La lecture du rapport du Dr G_____ du 21 septembre 2015, qui a vu l'assuré le 8 juillet 2015, ne permet pas de se déterminer sur le lien de causalité entre les troubles et l'accident. En effet, le médecin constate que « l'assuré présente un état lombosciatalgique hyperalgique très invalidant empêchant toute reprise d'activité professionnelle à ce jour », déclare qu'une intervention chirurgicale se justifie, puis se borne à se demander si l'assuré pourra être opéré en privé ou aux HUG. Il relève également qu'« à ses difficultés médicales manifestes, s'ajoute la résistance aux infiltrations réalisées par le docteur H_____ et les contraintes économiques suite à l'absence de prise en charge des assurances ». Il ne se prononce pas sur l'existence d'un lien de causalité. Le Dr C_____, quant à lui, a prescrit un scanner du rachis lombaire (16 février 2015) devant la persistance des douleurs du membre inférieur gauche, puis a adressé l'assuré à un neurologue qui a proposé une IRM du bassin et de la cuisse (20 avril 2015). Or, il apparaît que le scanner et l'IRM ne montrent ni fracture, ni tassement vertébral, ni lésion traumatique au niveau du rachis lombaire. Du reste, le Dr C_____ n'a pas recommandé à l'assuré de consulter un autre spécialiste, lorsqu'il a pris connaissance de l'IRM et du scanner. Il y a également lieu de rappeler que l'assuré n'a consulté un médecin qu'un mois après l'accident. Par conséquent, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré a présenté, suite à l'accident, des contusions du membre supérieur gauche, du membre inférieur gauche et du bassin. Ces contusions ont évolué vers la guérison, atteinte au plus tard le 20 avril 2015, date à laquelle une IRM a été réalisée et a permis de le confirmer. Dès cette date, l'assuré a présenté une capacité de travail entière, sans diminution de rendement en relation avec ce diagnostic.

E. 14

L'assuré admet l'aspect dégénératif disco-radiculaire, mais allègue que c'est l'accident qui a entraîné des douleurs et plus particulièrement une hernie discale côté gauche. Selon les conclusions motivées et convaincantes des experts cependant, « Compte tenu du mécanisme accidentel, avec chute et réception sur le côté gauche en l'absence d'impact direct sur le rachis, une hernie d'origine accidentelle n'est pas envisageable. La hernie, préexistante, a été découverte à l'occasion des bilans d'imagerie réalisés dans la période post-accidentelle. (...) Aucune décompensation accidentelle de la hernie par l'apparition d'un conflit radiculaire ne peut être retenue en l'absence d'impact direct sur le rachis. Une décompensation de cet état antérieur ne peut pas être admise comme accidentelle puisque les plaintes ont augmenté au fil du temps, à distance de la chute, l'examiné ayant d'ailleurs poursuivi son activité professionnelle ». Les experts ont ainsi clairement qualifié de dégénérative la hernie à gauche.

A/4304/2015 - 12/13 -

E. 15

L'assuré souligne le fait qu'« avant cet accident, je n'ai jamais eu de problèmes de dos ou autres durant ma vie ». Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit toutefois pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

E. 16

L'assuré fait également valoir que ce sont les manipulations auxquelles l'ont soumis les deux experts qui ont provoqué une hernie discale aiguë du côté droit. Même si les douleurs, qui ont nécessité notamment une intervention chirurgicale en avril 2016, ne sont ni

contestées, ni contestables, il n'en reste pas moins que rien dans le dossier médical ne permet de dire que l'examen subi par l'assuré ait pu lui causer une quelconque atteinte à la santé, de sorte que le lien de causalité entre l'accident et la hernie n'est pas établi.

E. 17

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale sollicitée par l'assuré n'apporterait, selon toute vraisemblance, aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves. Il y a par ailleurs lieu d'ajouter que des informations complémentaires portant sur la situation médicale actuelle de l'assuré ne seraient quoi qu'il en soit pas déterminantes dans le cadre du présent litige.

E. 18

Force est en conséquence de constater qu'un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par l'assuré au-delà du 2 juillet 2015 et l'accident du 5 janvier 2015 n'a pas été établi. Il est partant inutile d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate.

E. 19

Aussi le recours est-il mal fondé et la décision de l'assureur doit être confirmée.

E. 20

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

A/4304/2015 - 13/13 - 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.