

GE_GERICHTE ATAS/556/2014 vom 29. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_556_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/556/2014 du 29 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/556/2014 del 29 aprile 2014

Erwägungen

E. 2

A 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

Les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 56 et 60 LPGA ; cf. également l'art. 62 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 6 août 2013 contre la décision sur opposition de l'intimée du 5 juillet 2013 est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B LPA).

E. 4

Le litige porte sur l'existence, au-delà du 2 avril 2013, d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'événement accidentel du 24 octobre 2011 et les troubles à la hanche annoncés par le recourant. La Chambre de céans relève que le recourant conclut à ce que l'intimée prenne en charge un accident survenu le 3 mai 2013. Il y a lieu à cet égard de rappeler que 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 413 consid. 1a ; ATF 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées).

A/2511/2013 - 7/13 - En l'occurrence, la décision litigieuse concerne exclusivement le sinistre du 24 octobre 2011, de sorte que la conclusion du recourant relative à un autre événement accidentel excède l'objet du litige et n'est donc pas recevable.

E. 5

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. 6

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 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). 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. 7

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

A/2511/2013 - 8/13 - 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 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 8

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 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 ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 9

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).

A/2511/2013 - 9/13 - 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). 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances 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). 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).

E. 10

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. 11

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 de ces dernières 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).

A/2511/2013 - 10/13 - 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). 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 (RS 101 – Cst ; 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. 12

En l'espèce, l'intimée a considéré, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, que les troubles à la hanche présentés par le recourant n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré à partir du 2 avril 2013. a) Il est rappelé que le Dr E_____ a rendu un premier rapport le 28 février 2012, lequel est fondé sur ses constatations objectives lors de l'examen clinique du recourant. Ce document a été établi en pleine connaissance du dossier médical de l'intimée, alors composé des radiographies du bassin, du Ct-Scan de novembre 2011 et du certificat médical du Dr D_____ du 13 janvier 2012, et contient les plaintes exprimées par le recourant au cours de la consultation. Par la suite, le médecin d'arrondissement a été invité à se déterminer à réitérées reprises, notamment après réception de nouveaux rapports médicaux circonstanciés. Ainsi, au vu des constatations du Dr G_____, le Dr E_____ a préconisé d'attendre les résultats des examens complémentaires que ce médecin avait suggérés (rapport du 22 janvier 2013). Après avoir pris connaissance du rapport d'IRM du 30 janvier 2013 et de celui de la Dresse H_____, il a conclu que les constatations radiologiques relevaient très probablement de lésions dégénératives qui pouvaient être en rapport avec l'âge et les sollicitations mécaniques, mais pas

A/2511/2013 - 11/13 - avec le traumatisme du mois d'octobre 2011 (rapport du 2 avril 2013). Il a ultérieurement confirmé ce point de vue, expliquant que les deux IRM n'avaient pas révélé de lésion osseuse, cartilagineuse ou musculaire (rapport du 6 mai 2013). Après que l'intimée lui a encore soumis le rapport du Dr D_____ du 12 juin 2013, le Dr E_____ a maintenu ses conclusions et estimé qu'il n'y avait pas de lésions structurelles de nature à expliquer les troubles dont se plaignait l'assuré à plus d'un an et demi du traumatisme subi (rapport du 21 juin 2013). La Chambre de céans est d'avis que les appréciations du médecin d'arrondissement de l'intimée, lesquelles reposent sur l'examen clinique du recourant et sur l'étude complète de son dossier, ne contiennent aucune contradiction, sont sérieusement motivées et aboutissent à des résultats convaincants. Dans ces circonstances, nul n'était besoin d'ausculter à nouveau le recourant. Reste donc à examiner si des indices concrets permettent de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr E_____. b) La Chambre de céans constate à cet égard que l'avis de ce médecin est conforté par les rapports du Dr C_____ qui font état de possibles lésions dégénératives. En effet, suite au CT-Scan de novembre 2011, le Dr C_____ a relevé un élément de dysplasie osseuse avec des remodelés dégénératifs au niveau du cotyle des deux côtés (rapport du 25 novembre 2011). De même, après l'IRM de janvier 2013, il a indiqué que l'irrégularité du labrum pouvait témoigner d'un remaniement dégénératif débutant (rapport du 30 janvier 2013). Quant au Dr G_____, il a estimé, dans son rapport du 10 octobre 2012, que les troubles du recourant étaient dus à l'accident d'octobre 2011, et a suggéré l'existence d'une lésion des tissus mous de la hanche, en particulier musculaires. Force est toutefois de relever que cette appréciation est mise à mal par les constatations objectives subséquentes qui n'ont pas mis en évidence de bursite ou d'autre anomalie musculaire (cf. rapport du Dr C_____ du 30 janvier 2013). Concernant le questionnaire du mois de juin 2013, il a été établi sans que le Dr G_____ ait reçu de nouvelles informations depuis son examen d'octobre 2012 et ne contient aucune motivation, de sorte qu'il ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Partant, ces documents ne sont donc pas de nature à mettre en doute les

conclusions du Dr E_____. S'agissant de la Dresse H_____, la Chambre de céans rappelle qu'elle a conclu, suite à son examen de février 2013, qu'il n'y avait pas d'explication satisfaisante aux différentes IRM. Quant au questionnaire de juin 2013, il ne contient aucune explication et a été rédigé sur la seule base de la précédente appréciation de son auteure, de sorte qu'il n'apparaît pas décisif pour la solution du litige. Enfin, concernant les rapports du Dr D_____, la Chambre de céans observe que ce médecin ne motive pas du tout son appréciation et n'indique en particulier pas les raisons pour lesquelles il considère que les souffrances actuelles du recourant

A/2511/2013 - 12/13 - seraient dues à l'accident assuré ni ne fournit d'élément permettant de douter des conclusions du médecin d'arrondissement.

E. 13

Eu égard à tout ce qui précède, la Chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante à l'appréciation du Dr E_____ et considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé par la jurisprudence, qu'aucun rapport de causalité naturelle ne peut être retenu au-delà du 2 avril 2013 entre les troubles à la hanche présentés par le recourant et l'accident assuré. La Chambre de céans rappellera encore à l'attention du recourant, lequel allègue ne jamais avoir rencontré de problème avant l'événement du 24 octobre 2011 et soutient ainsi que ses troubles sont en relation de causalité avec l'accident, qu'elle ne saurait souscrire à ce point de vue, car cela reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas.

E. 14

C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré qu'elle n'était plus tenue de verser des prestations au recourant au-delà du 2 avril 2013, date à partir de laquelle le Dr E_____ a nié tout rapport de causalité entre les troubles de la hanche et le sinistre du 24 octobre 2011. Par conséquent, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H LPA).

A/2511/2013 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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