

GE_GERICHTE ATAS/623/2012 vom 9. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_623_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/623/2012 du 9 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/623/2012 del 9 maggio 2012

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; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique

A/559/2012 - 8/14 - 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 345 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents.

E. 5

Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident 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). Le facteur extérieur peut être qualifié d'extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

E. 6

Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question 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 les assurances sociales.

A/559/2012 - 9/14 - 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (cf. art. 11 1^{ère} phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]). 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3).

E. 7

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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; ATF non publié 8C_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF non publié 8C_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF non publié 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF non publié 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1).

E. 8

Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte

A/559/2012 - 10/14 - apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; ATF non publié 8C_745/2009 du 5 octobre 2010, consid. 2).

E. 9

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

A/559/2012 - 11/14 - circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

E. 10

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1; ATFA non publié U 267/01 du 4 juin 2002, consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010, consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

E. 11

a) En l'espèce, en application de cette jurisprudence, on ne peut écarter l'allégation du recourant selon laquelle il est tombé en sortant d'un bus en se fondant sur le principe de la déclaration de la première heure. S'il est vrai que la déclaration de sinistre ne mentionne aucune chute, elle a été remplie par la caisse de chômage et non par le recourant. On ne saurait considérer cette déclaration comme une première déclaration du recourant, la caisse de chômage n'ayant pas qualité de témoin de la scène (ATFA non publié U 142/04 du 23 septembre 2005, consid. 4.2). Il n'est par ailleurs pas démontré que le recourant ait pu prendre connaissance de ce document et en vérifier l'exactitude avant qu'il ne soit envoyé à l'intimée. Les mêmes remarques valent pour le rapport du Dr B_____. Les déclarations directes du recourant n'ont quant à elles pas varié, et il a mentionné qu'il était tombé tant dans son opposition de juillet 2011 que lors de l'entretien du 29 septembre 2011 avec l'inspecteur de l'intimée. C'est donc à juste titre que l'intimée a analysé le droit aux prestations du recourant en tenant compte de la chute décrite par ce dernier.

A/559/2012 - 12/14 - b) Cependant, selon l'appréciation de la Dresse I_____, le lien de causalité entre cette chute et les troubles annoncés est tout au plus possible. Bien que cette appréciation soit concise, elle n'en est pas moins motivée puisque ce médecin a exposé que le fait que le recourant soit tombé sur les mains excluait un traumatisme direct au dos. Il n'existe aucun élément qui justifie que l'on s'écarte de cette appréciation. Le fait qu'elle ne se fonde pas sur un examen clinique du recourant n'est en particulier pas suffisant pour lui dénier toute valeur probante, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus. De plus, le recourant ne fait valoir aucun élément médical démontrant l'existence d'une lésion rachidienne entraînée par sa chute, en particulier aucun examen radiologique. Il convient en outre de relever que si l'on se fie aux déclarations du recourant lors de son entretien du 29 septembre 2011 avec l'inspecteur de l'intimée, c'est précisément en raison d'un soudain blocage du dos - qui n'est pas de nature accidentelle puisqu'il n'a pas été causé par un facteur extérieur - que ce dernier est tombé. La chute étant postérieure au blocage du dos, elle ne peut par définition l'avoir entraîné. C'est probablement aussi pour cette raison que le

Dr B _____ a annoncé, dans son rapport du 22 mai 2011, l'évènement du 17 mai 2011 comme une rechute de l'accident du 30 mai 2010 et non pas comme un accident qui a provoqué des lombalgies. Le blocage du dos et les douleurs qui y sont associées ne sont dès lors pas en lien de causalité naturelle avec la chute du 17 mai 2011. c) Les douleurs invoquées par le recourant ne peuvent par ailleurs pas être imputées à l'accident du 30 mai 2011. On rappellera à cet égard que celui-ci n'avait entraîné qu'une simple contusion lombaire et que les examens pratiqués n'ont pas révélé d'autre lésion traumatique. Cette contusion a en outre guéri sans séquelles, comme cela ressort de l'appréciation du Dr E _____ du 28 juin 2011. Cette conclusion est aussi conforme à l'expérience médicale et la jurisprudence, selon lesquelles une contusion lombaire cesse de produire ses effets quelques mois (en général six) après la survenance de l'évènement accidentel (ATFA non publié U 483/00 du 9 juillet 2001, consid. 4c et les références). De surcroît, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363, p. 45 consid. 3a). Un tassement vertébral a en l'espèce précisément été exclu par le Dr A _____ à la suite de l'accident de mai 2010. Le Dr B _____ a certes fait état d'un dommage permanent consistant en un canal lombaire rétréci lié à l'accident du 30 mai 2010 dans son rapport du 17 septembre 2010. Cette indication est cependant manifestement erronée puisque le canal lombaire constitutionnel était connu en 2004 déjà et n'a donc pas pu être causé par l'accident survenu en 2010. Ce médecin a également soutenu que l'évènement du 17 mai 2011 était une rechute de l'accident du 30 mai 2010 dans son rapport du 22 juin 2011. Cette affirmation n'est toutefois étayée par aucun diagnostic ou examen médical et

A/559/2012 - 13/14 - elle n'est nullement motivée. En particulier, le Dr B _____ n'expose pas pourquoi il attribue les lombalgies à une rechute d'une contusion lombaire guérie plutôt qu'aux discopathies dégénératives dont souffre le recourant. Ainsi, la conclusion du Dr B _____ semble découler du principe post hoc, ergo propter hoc. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes se sont manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; ATF non publié 8C_178/2010 du 22 juin 2010, consid. 4.1). Partant, les seuls rapports du Dr B _____ ne sont pas suffisants pour s'écarter de l'appréciation de la Dresse I _____ et admettre que les troubles apparus en mai 2011 sont une rechute de l'accident survenu une année plus tôt. Compte tenu de ces éléments, il n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b) que les troubles annoncés par le recourant soient en lien de causalité au moins probable avec l'accident du 17 mai 2011 ou constituent une rechute de l'accident du 30 mai 2010. Le droit des assurances sociales ne connaissant pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait, dans le doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a), la décision de l'intimée niant le droit aux prestations doit dès lors être confirmée.

E. 12

Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 13

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

A/559/2012 - 14/14 - 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.