

## **GE\_GERICHTE ATAS/662/2018 vom 27. Juli 2018**

GE Cour de justice, 2018-07-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_662\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_662_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/662/2018 du 27 juillet 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/662/2018 del 27 luglio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 13**

Par courrier recommandé du 12 juin 2018, l'intimée a communiqué à la chambre de céans copie du courrier qu'elle adressait le même jour à la recourante, lui confirmant avoir sollicité de ses collègues en charge des assurances perte de gain maladie la possibilité de prendre charge une partie des prétentions litigieuses, soit les indemnités journalières relevant de la maladie depuis le 1er août 2017 jusqu'à fin janvier 2018. Par lettre du 17 août 2017, Swica assurance-maladie SA avait adressé à la recourante un courrier (dont copie annexée) se référant à la lettre de l'assureur- accident (l'intimée) du 31 juillet 2017. Son licenciement au 28 février 2017 et son statut de frontalière ne lui permettaient malheureusement pas de bénéficier de l'assurance individuelle par le biais du libre-passage. De ce fait elle n'avait plus de couverture d'assurance perte de gain maladie à partir du 1er mars 2017. Par conséquent, son cas maladie ayant débuté le 1er août 2017 n'était pas à la charge de Swica assurance-maladie SA.

#### **E. 14**

Sur quoi les parties ont été informées que la cause était gardée à juger. EN DROIT 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi - certes adressée à une autorité incompétente mais dûment transmise par cette dernière à la chambre de céans (art. 64 al. 2 LPA) -, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10). 4. Est seule litigieuse la prise en charge par l'intimée des prestations d'assurance- accidents à raison troubles (douleurs) dont souffre l'assurée au niveau de l'avant- pied droit, singulièrement la question de savoir si ces atteintes sont en lien de causalité avec l'accident du 2 février 2017, au-delà du 31 juillet 2017. 5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).

A/4181/2017 - 7/14 - 6. a. 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. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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. c. 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 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 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

A/4181/2017 - 8/14 - d. 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). 7. 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). 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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). 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

A/4181/2017 - 9/14 - 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. 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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

A/4181/2017 - 10/14 - 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). 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. A 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). 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. 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

A/4181/2017 - 11/14 - 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). 9. 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). 10. En l'occurrence, la recourante a contesté la décision sur opposition de l'intimée du 12 septembre 2017 car elle éprouvait toujours une vive douleur au pied droit : elle ne pouvait supporter la semelle conseillée par l'expert (Dr F\_\_\_\_\_). Son médecin traitant avait prescrit une IRM qui, selon elle, et selon le diagnostic posé par le Dr G\_\_\_\_\_ confirme « qu'elle a bien une fracture du deuxième métatarsien suite à l'accident du 2 février 2017 ». L'intimée pour sa part conteste que les douleurs ressenties par la recourante puissent trouver leur origine dans l'accident de février 2017, se fondant sur les conclusions de l'expert F\_\_\_\_\_. Elle observe que le document médical produit par la recourante ne fait que conforter les conclusions de l'expert, le radiologue ayant conclu à une ostéonécrose de la tête de M2, d'allure récente, œdème osseux associé, à l'origine des symptômes. La décision entreprise étant dès lors fondée sur le rapport de l'expert indépendant mandaté par l'intimé, il s'agit de déterminer si l'on peut accorder à ce rapport une pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. Le rapport de l'expertise pratiquée par le Dr F\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'expert est en effet un spécialiste reconnu ; ce rapport a été établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. L'expert a examiné personnellement la patiente, a recueilli tous les éléments anamnestiques utiles, sur le plan familial, personnel, professionnel et sur l'état actuel de la patiente. On relèvera d'ailleurs que sur le plan anamnestique, ce rapport est beaucoup plus complet que n'importe quel autre document médical versé au dossier jusqu'ici. L'expert a recueilli les plaintes de la patiente, a procédé à un status très complet, ainsi qu'à des examens complémentaires, soit des radiographies de la cheville et de l'avant-pied droit sous plusieurs angles. Il a posé les diagnostics précis concordant en tous points avec ceux posés par les médecins traitants de la recourante : c'est le cas en particulier de la fracture type Weber B, de la malléole externe de la cheville droite, qui d'emblée était peu déplacée ; l'expert a constaté qu'elle était consolidée en position

A/4181/2017 - 12/14 - anatomique, sans complications. En ce qui concerne l'avant-pied droit, les radiographies qu'il a lui-même effectuées le 18 juillet 2017, sont pour l'essentiel parfaitement superposables à celles effectuées le 24 avril 2017. Il confirme ce qui avait déjà été mis en évidence par le Dr E\_\_\_\_\_, soit que le deuxième métatarsien est plus long (beaucoup plus long selon l'expert) que le premier et le deuxième (recte : troisième). En plus des constatations du Dr E\_\_\_\_\_ il observe que la tête de la diaphyse du deuxième

métatarsien est plus dense que celle des autres métatarsiens, la tête étant aplatie. C'est du reste ces précisions supplémentaires qui ont amené l'expert à l'explication que la longueur plus importante du deuxième métatarsien provoque un hyper-appui plantaire, la tête (aplatie) de ce métatarsien évoquant une séquelle d'ancienne maladie de Freiberg, la diaphyse de ce même métatarsien, plus dense que les autres, évoquant une surcharge mécanique et un bombement de la corticale de la diaphyse du 3e métatarsien, suggérant une ancienne fracture de fatigue ou une hypertrophie corticale par surcharges mécaniques. Ce qui l'a conduit aux diagnostics supplémentaires qu'il retient. On notera d'ailleurs que le rapport d'IRM produit par la recourante à l'appui de son recours confirme l'observation de l'expert au sujet de l'aplatissement de la tête du deuxième métatarsien (avec ostéonécrose). On relèvera enfin que les conclusions de l'expert sont bien motivées, convaincantes, et exemptes de contradictions. Aucun élément du dossier, en particulier en termes d'avis médical, n'est de nature à jeter le moindre doute sur la fiabilité que l'on peut accorder aux conclusions de l'expert. Comme on l'a vu, les diagnostics de l'expert et des médecins traitants sont identiques sinon concordants, le dernier document médical, postérieur au rapport de l'expert ne faisant que confirmer et conforter les observations et conclusions de l'expert. Pour le reste, et s'agissant en particulier de la question centrale litigieuse, soit de l'établissement d'un rapport de causalité entre l'accident du 2 février 2017 et les atteintes constatées sur l'avant-pied droit de la recourante, aucun des médecins traitants n'a remis en cause les conclusions de l'expert. La Dresse D\_\_\_\_\_ a reçu copie du rapport d'expertise mais ne l'a jamais remis en cause ; il semble du reste qu'elle ait suivi les recommandations de l'expert en prescrivant des semelles plantaires à la patiente, même si cette dernière, lors de son audition par la chambre de céans, a indiqué qu'elle ne les supportait pas. Certes dans son rapport du 24 avril 2017, commentant le bilan radiologique de l'époque, indiquait-elle la présence d'une fracture du troisième métatarse du pied droit « secondaire à l'accident du 2 février 2017 », sans toutefois discuter cette question ; au demeurant, ce rapport est antérieur à l'expertise, et il ne saurait se voir reconnaître une valeur probante par rapport à cette question. Il en est du reste de même du rapport IRM produit par l'assurée à l'appui de son recours : la seule référence que l'on pourrait y voir par rapport à l'accident du 2 février 2017 se trouve en réalité en italique sous le titre de l'examen. Or, cette mention n'est autre que l'exposé de la raison pour laquelle cet examen a été sollicité ; et de ce point de vue, on ne saurait y reconnaître la moindre valeur probante, les conditions jurisprudentielles pour que tel fût le cas n'étant manifestement pas réunies. Ainsi donc, la chambre de céans, conformément

A/4181/2017 - 13/14 - à la jurisprudence précitée, n'a identifié aucun indice permettant de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert de sorte qu'elle ne saurait s'en écarter (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Quant à la recourante, le seul fait qu'elle affirme ne jamais avoir souffert de son pied avant l'accident de février 2017, pour en déduire que les douleurs résiduelles qu'elle ressentait encore du début août 2017 jusqu'à sa complète guérison à fin janvier 2018, devaient trouver leur cause dans cet accident, ne suffit évidemment pas, selon la jurisprudence précédemment rappelée, à établir un lien de causalité, ni naturelle ni a fortiori adéquate, entre ces troubles et l'accident du 2 février 2017. Il en résulte que, vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. 11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA et 89H al. 1 LPA).

A/4181/2017 - 14/14 - 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.