

# **GE\_GERICHTE ATAS/716/2016 vom 12. September 2016**

GE Cour de justice, 2016-09-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_716\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_716_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/716/2016 du 12 septembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/716/2016 del 12 settembre 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, plus particulièrement sur le point de savoir si la hernie et ses conséquences sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 4 décembre 2014.

### **E. 5**

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (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). 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 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3).

### **E. 6**

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le

A/3750/2015 - 8/14 - médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1ère phrase LPGA).

#### **E. 7**

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 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 cette atteinte. 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du

#### **E. 11**

En préambule, la chambre de céans rappelle qu'aux termes de l'art. 99 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), lorsqu'un assuré occupé par plusieurs employeurs est victime d'un accident professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel il travaillait au moment de l'accident (al. 1). En cas d'accident non professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel l'assuré a travaillé en dernier lieu en étant couvert pour les accidents non professionnels. Si l'accident implique le versement d'une rente ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les autres assureurs intéressés doivent lui rembourser une partie des prestations. Leur part est calculée d'après le rapport qui existe entre le gain assuré chez chaque assureur et le gain total assuré (al. 2). En l'espèce, l'intimée ne conteste pas être l'assureur compétent pour le versement d'éventuelles prestations au sens de la disposition réglementaire précitée, mais elle

A/3750/2015 - 12/14 - décline sa responsabilité au motif qu'il n'y aurait pas de lien de causalité naturelle entre l'accident survenu et la hernie discale. Il n'existe cependant aucun

rapport médical niant un tel lien et satisfaisant entièrement aux critères dégagés par le Tribunal fédéral. En effet, au plan formel, aucun des avis versés au dossier ne contient tous les éléments nécessaires, et les conclusions des différents médecins sont insuffisamment motivées. On relèvera en particulier que le médecin-conseil de l'intimée avait sollicité le premier rapport de consultation du Dr F\_\_\_\_, qui ne lui a pas été fourni selon les éléments ressortant du dossier. Son appréciation ne repose donc pas sur une connaissance complète du dossier médical du recourant. En outre, sur le fond, la Dresse G\_\_\_\_ exclut le caractère traumatique de la hernie principalement au motif que les symptômes ne seraient pas apparus immédiatement dans son avis du 12 juin 2015. Or, interpellé sur ce point, le recourant a à deux reprises fait état de pincements dans le bas du dos apparus après l'accident, et de douleurs supportables. Selon les explications du 27 août 2015 du Dr F\_\_\_\_, le recourant aurait évoqué des douleurs irradiant dans la jambe gauche dans les suites de l'accident, qu'il avait cependant imputées à sa prothèse de hanche. Il est ainsi inexact d'affirmer que le recourant n'aurait pas eu de symptômes immédiats. Le médecin-conseil de l'intimée a certes relativisé sa position dans son avis du 14 septembre 2015, en admettant la présence de douleurs mais en soutenant que seuls des symptômes aigus immédiats permettraient d'admettre un lien de causalité entre l'accident et la hernie discale. Il s'agit cependant là d'une exigence qui excède celle retenue par la jurisprudence, qui évoque certes l'apparition d'un syndrome vertébral ou radiculaire, mais non de symptômes aigus. De plus, le médecin traitant du recourant a attesté de sa grande résistance à la douleur, paramètre par essence difficilement objectivable et quantifiable. Il paraît ainsi peu convaincant d'exclure une origine traumatique au motif que les douleurs du recourant n'étaient pas suffisamment aiguës. Par ailleurs, s'agissant du critère de l'incapacité de travail immédiate, également retenu par la jurisprudence pour admettre le caractère accidentel d'une hernie discale, il y a lieu de le relativiser au vu des circonstances du cas particulier. En effet, l'accident du recourant est survenu durant ses vacances. Il n'était ainsi pas indispensable pour ce dernier de consulter un médecin pour obtenir un arrêt de travail, puisqu'il n'était pas actif à cette période. Eu égard à ce qui précède, la condition de prise en charge d'une hernie au titre d'accident, relative à l'apparition immédiate du syndrome radiculaire, ne peut être exclue. Quant à l'exigence liée à l'arrêt de travail, elle n'est pas déterminante en l'espèce, comme on l'a vu. En ce qui concerne le caractère adéquat de l'événement accidentel pour entraîner une telle lésion, il a été admis par la Dresse G\_\_\_\_. Au vu de ces éléments, l'avis du médecin-conseil de l'intimée ne suffit pas à écarter une origine accidentelle de la lésion. Les conclusions des médecins traitants ne permettent cependant pas non plus de considérer qu'un lien de causalité naturelle est établi entre l'accident et la hernie discale, dès lors qu'elles sont insuffisamment motivées. Quant à l'argumentation du recourant, selon laquelle la présence d'un

A/3750/2015 - 13/14 - fragment implique la survenance d'une fracture, elle n'est étayée par aucun argument médical. En vertu de la jurisprudence, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, l'intimée n'ayant pas mis en œuvre d'expertise et s'étant contentée de recueillir l'avis insuffisamment motivé de son médecin-conseil. Il y a lieu de lui renvoyer la cause pour mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer si la hernie du recourant est en lien

de causalité naturelle avec l'accident du 4 décembre 2014 et de rendre une nouvelle décision. Dans ce cadre, il lui appartiendra également de déterminer, dans l'hypothèse où la hernie ne serait pas d'origine traumatique, dans quelle mesure la prise en charge de l'événement douloureux lui incombe, conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus.

**E. 12**

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront en l'espèce fixés à CHF 1'800.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3750/2015 - 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.