

GE_GERICHTE ATAS/764/2024 vom 8. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_764_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/764/2024 du 8 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/764/2024 del 8 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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), la chambre des assurances sociales 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. 1.2

À 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.

E. 1.3

Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 2

Comme cela ressort implicitement des écritures de la recourante, le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est en droit ou non de refuser la prise en charge, par les indemnités journalières et les frais de traitement, des suites de l'accident du 26 septembre 2023 après le 30 septembre 2023, étant précisé que, dans sa

A/843/2024 - 6/17 - réplique du 5 juin 2024, l'assurée demande une couverture selon la LAA jusqu'au 13 décembre 2023 et pas au-delà.

E. 3.1

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident 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). En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

E. 3.2

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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.2.1

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 condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

A/843/2024 - 7/17 -

E. 3.2.2

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 (art. 36 al. 1 LAA). 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au statu quo sine en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

A/843/2024 - 8/17 -

E. 3.3

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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

E. 3.3.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351

consid. 3).

E. 3.3.2

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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

A/843/2024 - 9/17 - 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient

A/843/2024 - 10/17 - 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

E. 3.4

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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. 3.5

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) et par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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 145 V 90 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4).

E. 4

mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 4.1

En l'espèce, le rapport complet établi le 26 septembre 2023 par le service de médecine de premier recours des HUG, sous la signature de la Dre E_____, médecin cheffe de clinique, note, sous « examen clinique », un état général conservé, puis, au plan ostéo-articulaire, notamment : « palpation rachis indolore, palpation paravertébrale indolore » ; « douleur palpation du muscle grand fessier [gauche] avec réduction de la douleur » ; « pas de déficit sensitif ou moteur du [membre inférieur gauche] ni à droite ». Il est précisé, dans l'« anamnèse », que la patiente « pense qu'elle s'est mise à terre seule car elle avait trop de douleurs. Pas de dermabrasion pour une chute directe. Douleurs lombaires [gauche] sans irradiation. [...] Boite à [gauche] sur douleurs, mais pas de perte de force ». Comme « problèmes pris en charge » sont mentionnés : « - Lombalgies aiguës non déficitaires (26.09.2023). [...] – Secondaire à un faux mouvement sans traumatisme direct. – Pas de reds flags anamnestique ou clinique ». Le traitement consiste en une prescription de séances de physiothérapie avec but « analgésique/anti-inflammatoire » et « amélioration de la

fonction musculaire », un traitement antalgique, un suivi auprès du médecin traitant et un arrêt de travail

A/843/2024 - 11/17 - sous forme d'une incapacité totale de travail pour cause d'accident jusqu'au 1er octobre 2023. Le 6 octobre 2023, le Dr B _____, médecin praticien FMH, atteste une capacité de travail nulle pour cause d'accident du 26 septembre au 1er octobre 2023 puis entière à partir du 2 octobre 2023, et il émet un « bon de transport par ambulance le 26.09.2023 en urgence suite accident prise en charge par la SUVA ». En parallèle, le 6 octobre 2023, il prescrit à l'intéressée neuf séances de physiothérapie en raison du diagnostic de « trauma hanche et lombaire gauche le 26.09.2023 – tendinite post traumatique », puis le 20 octobre 2023 en raison du diagnostic de « trauma lombaire avec discopathie L4 gauche ». Dans son rapport du 20 octobre 2023 qui est adressé au Dr B _____ et qui comprend une « anamnèse », un « examen clinique » et une conclusion, le Dr C _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, pose le diagnostic principal de « lombalgie L4 gauche aiguë avec hypoesthésie prétibiale et discrète asymétrie de la force en défaveur de la gauche » et le diagnostic secondaire de « hernies inguinales bilatérales non opérées, lomboradiculalgie droite par le passé ». Selon lui, l'assurée, qui est « athlétique » et « n'a pas d'activités sportives régulières », présente une lombalgie après une chute du 26 septembre 2023 qui se résout rapidement sous traitement conservateur prescrit par le service de médecine de premier recours des HUG (à la suite d'un examen clinique rassurant), puis il y a, le 30 septembre 2023, « suite à un port de charge en faisant ses courses », l'apparition d'une lombo-cruralgie gauche avec gonalgie, hypoesthésie prétibiale et asymétrie de la force, « qui aujourd'hui globalement s'améliore sous physiothérapie, sans autre traitement, et notamment pas de médecin », la patiente ne souhaitant pas pour l'instant l'anti-inflammatoire que le neurochirurgien lui propose pour la soulager. Le 1er novembre 2023, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, atteste une capacité de travail nulle pour cause d'accident du 1er au 13 novembre 2023 puis entière à partir du 14 novembre 2023, et il prescrit à la patiente des médicaments analgésiques/anti-inflammatoires/antirhumatismaux et antacides/antisécrétoire gastrique, ainsi que des compresses de Thermacare pour le cou, les épaules et les bras. Dans un « rapport médical intermédiaire » à l'intention de la SUVA complété le 13 novembre 2023 et reçu par celle-ci le 20 novembre 2023, il diagnostique un « trauma lombaire avec lombalgies aiguës non déficitaires ». Il note, sous « évolution » : « Douleur lombaire persistante en position assise irradiant à gauche dans le genou [gauche] et sur l'intérieur de la cuisse. Discrète amélioration favorable de l'état sans résolution ». Comme pronostic : « Évolution à suivre post-physiothérapie ». Il propose une balnéothérapie, et il confirme notamment la reprise de la capacité de travail à 100% à compter du 14 novembre 2023, sans qu'il faille s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

A/843/2024 - 12/17 - Le 14 novembre 2023, le Dr B _____, apparemment à nouveau consulté comme généraliste (après les consultations auprès du Dr D _____), atteste une incapacité totale de travail pour cause d'accident du 14 novembre au 13 décembre 2023. Dans un « rapport médical intermédiaire » à l'intention de la SUVA reçu par celle-ci le 20 novembre 2023, il diagnostique un « traumatisme lombaire et contusion de la colonne lombaire », fait état, sous « évolution », d'une « lombalgie post chute », le pronostic étant bon avec la physiothérapie, et étant précisé que la patiente a refusé un bilan radiologique le 14 novembre 2023. Sous « traitement actuel » est indiqué : « [...] (NDR : illisible) Dr C _____ Neurochirurgie – traitement conservatoire – physio – AINSI, et antalgie – repos ».

Il y a une reprise de la capacité de travail à 100% à partir du 14 décembre 2023, sans qu'il faille s'attendre à ce qu'un dommage demeure. D'après lui, l'évolution est lentement favorable. Dans son « appréciation brève » du 7 décembre 2023 d'un médecin-conseil de la SUVA, le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la question de savoir si la santé de l'assurée au niveau de la région corporelle concernée était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de manière asymptomatique ou de manière manifeste, il est répondu : « Oui. Selon le Dr C_____ : lomboradiculalgie droite par le passé ». À la question « Est-ce que l'accident a, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées ? », est répondu que les symptômes de l'hernie discale, à savoir « une lombo-cruralgie gauche avec une gonalgie ainsi qu'une hypoesthésie pré-tibiale », apparus le 30 septembre 2023 à la suite d'un port de charge en faisant des courses, étaient sans lien de causalité avec le sinistre annoncé. Le Dr F_____ « propose d'accepter les liens d'un sinistre avec traumatisme des parties molles pendant une période de deux semaines maximum, à partir de la date du sinistre », c'est-à-dire dès le 26 septembre 2023. Dans son avis du 14 décembre 2023 – produit avec l'opposition de l'assurée –, le Dr B_____, à la suite d'un examen clinique réalisé le même jour, relève que la patiente n'avait pas mal au dos et à sa jambe gauche avant le traumatisme du 26 septembre 2023, et il diagnostique une « contusion lombaire, accident du 26.09.2023 » et une « contusion de la jambe gauche, accident du 26.09.2023 », les symptômes étant vraisemblablement causés par l'événement du 26 septembre 2023. Dans son – second – rapport du 14 décembre 2023, le Dr C_____ ajoute au diagnostic principal posé dans son premier rapport : « amélioration clinique sous traitement conservateur ». Selon lui, aujourd'hui, la patiente « n'a quasiment plus de douleur, les paresthésies ont disparu il y a quelques jours, elle garde une certaine asymétrie de la force ». D'après l'« appréciation médicale » établie le 28 mars 2024 par le Dr F_____ – produite dans le cadre de la réponse au recours –, sur le plan de la relation de

A/843/2024 - 13/17 - causalité avec l'événement du 26 septembre 2023, lors duquel il n'y a pas eu d'anomalie neurologique, l'apparition quelques jours plus tard, le 30 septembre 2023, des « quelques symptomatologies neurologiques » évaluées par le neurochirurgien C_____ n'est qu'une simple coïncidence. Toujours de l'avis de ce médecin-conseil : « Il n'y a pas d'élément significatif le jour de l'événement du 26.09.2023 et nous pouvons considérer que, au plus tard 48 heures après ledit accident, les troubles causés peuvent être considérés comme guéris. Compte tenu qu'il n'y a pas de troubles aggravés de manière déterminante par l'événement du 26.09.2023, nous ne faisons pas d'évaluation d'une éventuelle stabilisation d'un cas, ainsi que des limitations fonctionnelles ou de la capacité de travail, dans les suites immédiates de l'événement annoncé. Il n'y a donc pas d'atteinte à l'intégrité non plus à retenir. Aucune remarque ni proposition d'investigations complémentaires ne me semblent utiles [...] ».

E. 4.2

Concernant la valeur probante des appréciations du Dr F_____, les conclusions contenues dans celle du 28 mars 2024 – la plus motivée des deux – reposent sur un rappel des éléments essentiels au plan médical ainsi que sur une appréciation. Le fait que ledit médecin-conseil de l'intimée n'ait pas examiné personnellement l'assurée ne saurait diminuer la valeur probante de ses rapports, dans la mesure où il disposait d'un dossier médical et radiologique complet et qu'il s'agissait uniquement d'apprécier le rapport de

causalité naturelle entre les atteintes au dos et à la jambe gauche et l'accident du 14 novembre 2023 (cf. dans ce sens, arrêts du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2 ; 8C_265/2019 du 3 septembre 2019 consid. 6.2 et la référence). Il ressort de l'« appréciation » du 28 mars 2024 de ce médecin-conseil ce qui suit. Premièrement, comme indiqué par celui-ci, la recourante présentait avant l'accident du 26 septembre 2023 déjà une anomalie de type dégénératif, à savoir une « lomboradiculalgie droite par le passé », de sorte que sa santé était alors déjà altérée. Toutefois, cette atteinte préexistante n'a qu'une très faible portée ici, étant donné que les douleurs lombaires causées par ledit événement accidentel étaient à gauche et non à droite. Deuxièmement, et de manière plus pertinente, le diagnostic de lombalgies aiguës non déficitaires posé le 26 septembre 2023 par le service de médecine de premier recours des HUG implique une absence d'anomalie clinique neurologique et une quasi-normalité des activités musculaires, cette normalité étant en outre confirmée le 14 décembre 2023 par le Dr C_____, qui note avoir constaté le 20 octobre 2023, notamment, « cliniquement un très discret syndrome déficitaire avec une asymétrie de la force qui n'est pas significative », la force musculaire étant au surplus en M5 au 14 décembre 2023. Troisièmement, quelques jours après l'événement accidentel, le 30 septembre 2023, à la suite d'un port de charge léger (courses), l'assurée a présenté l'apparition de « quelques symptomatologies neurologiques » et de nouveaux problèmes lombaires, en particulier à gauche, qui ont été évalués par le A/843/2024 - 14/17 - neurochirurgien C_____. Quatrièmement, la chute du 26 septembre 2023 n'a pas été « de type à haute intensité ». Il s'ensuit que cet accident n'a pas aggravé de façon significative les troubles préexistants, étant précisé qu'il n'a pas de relation de causalité entre l'événement du 26 septembre 2023, lors duquel il n'y a pas eu d'anomalie neurologique, et l'apparition le 30 septembre 2023 des symptômes neurologiques constatés. Cette appréciation du Dr F_____ est en partie convaincante, dans le sens où un statu quo a, au degré de la vraisemblance prépondérante, été retrouvé à un moment donné après l'accident du 26 septembre 2023, mais ne justifie pas de manière probante pourquoi ce moment (guérison) surviendrait 48 heures après cet événement et pas à une date ultérieure. En particulier, on ne voit aucune raison expliquant le fait que le médecin-conseil, dans son appréciation du 28 mars 2024, remet en cause celle du 7 décembre 2023 dans laquelle il propose d'accepter un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 26 septembre 2023 et les troubles pendant une période de deux semaines au maximum, c'est-à-dire jusqu'au 10 octobre 2023. En effet, à cette date du 7 décembre 2023, le médecin-conseil disposait des principaux rapports médicaux pertinents.

E. 4.3

Cela étant, les Drs B_____ et D_____, médecins généralistes, ne sont pas des spécialistes dans la problématique présentement litigieuse, alors que les Drs C_____ et F_____ le sont, de sorte que les rapports de ces derniers doivent se voir reconnaître plus de poids dans l'examen de la question de la continuation ou non du lien de causalité naturelle (statu quo). En outre, 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 142 V 325 consid. 2.3.2.2 ; 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_355/2018 du 29 juin 2018 consid. 3.2 ; 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_355/2018 précité consid. 3.2).

E. 4.4

Il y a dès lors lieu de retenir le statu quo (statu quo ante ou statu quo sine) à partir du 11 octobre 2023. Cette conclusion est parfaitement compatible avec le rapport du 26 septembre 2023 du service de médecine de premier recours des HUG qui ne laisse pas entrevoir de conséquences particulières à la suite de l'accident du même jour, ce d'autant qu'il mentionne notamment que les lombalgies aiguës non déficitaires font suite à un faux mouvement sans traumatisme direct, donc sans choc brutal. Ladite conclusion est également en adéquation avec les rapports du Dr C_____, selon lequel, après l'accident du 26 septembre 2023, la situation s'améliore sous le traitement prescrit par le service de médecine de premier recours des HUG après trois jours (dans l'« anamnèse »), respectivement la

A/843/2024 - 15/17 - lombalgie présentée après cette chute se résout rapidement sous traitement conservateur dès un peu avant le 30 septembre 2023 (dans la « prise en charge »). Ainsi, la caisse doit prendre en charge le traitement médical (au sens de l'art. 10 LAA) non seulement du 26 au 30 septembre 2023 – comme admis dans sa décision sur opposition querellée – mais aussi entre le 1er et le 10 octobre 2023. En revanche, s'agissant de la question du droit à des indemnités journalières, la prise en charge du cas au titre de l'assurance-accidents jusqu'au 10 octobre 2023 (inclus) ne vaudrait que pour autant que les troubles consécutifs à l'événement accidentel du 26 septembre 2023 soient incapacitants. En effet, en vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) 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). Or, dans le cas présent, l'intéressée a recouvré une pleine capacité de travail entre le 2 et le 31 octobre 2023, comme expressément certifié le 6 octobre 2023 par le Dr B_____ et sans que d'autres médecins aient attesté une éventuelle incapacité de travail dans ce laps de temps.

E. 4.5

Certes, dans sa réplique du 5 juin 2024, la recourante fait valoir que c'était parce qu'elle craignait qu'une incapacité de travail au-delà du 1er octobre 2023 puisse avoir un effet négatif sur ses chances dans le marché du travail dans le cadre de l'assurance-chômage qu'elle a demandé au Dr B_____ de ne pas prolonger son arrêt de travail. Cela étant, un tel choix, si tant est qu'il soit établi – ce qui peut demeurer indéterminé –, doit, dans les présentes circonstances, être assumé par l'assurée, et il ne changerait au demeurant rien quant à la fixation du statu quo au 11 octobre 2023. Il importe peu ici que l'assurée ait parfois des difficultés à s'exprimer en français (qui n'est pas sa langue maternelle), et on ne voit pas précisément en quoi le Dr C_____ n'aurait pas correctement compris ses explications. Il est sans pertinence également que la consultation auprès de la Dre E_____, du service de médecine de premier recours des HUG, ait été relativement courte, ni que la recourante n'ait pas pris tous les médicaments prescrits par les Drs E_____ et B_____ (notamment à cause de nausées). En outre, l'allégation de l'intéressée selon laquelle elle ne portait pas plus de 4 kg répartis dans deux cabas le 30 septembre 2023 n'exclut nullement l'apparition d'une lombo-cruralgie gauche avec hypoesthésie pré-tibiale et asymétrie de la force. Il est à cet égard précisé que l'intéressée ne fait, à juste titre, pas valoir que cette apparition d'atteintes et de douleurs le 30 septembre 2023 soit constitutive d'un accident, professionnel ou non, ou d'une maladie professionnelle, au sens de l'art. 6 LAA, ni, par

ailleurs, qu'elle pourrait avoir un quelconque droit à une rente et/ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

A/843/2024 - 16/17 - Les autres allégations et griefs présentés par la recourante dans sa réplique ne sont pas non plus susceptibles de remettre en cause la conclusion ci-dessus retenant le statu quo à compter du 11 octobre 2023. Par ailleurs, après la réplique du 5 juin 2024, l'assurée n'a pas remis à la chambre de céans « les rapports de [ses] physiothérapeutes, faisant état de [ses] douleurs, dès le jour de l'accident et pour le trimestre qui a suivi », qu'elle se réservait de produire, et rien ne permet de supposer que d'éventuels rapports de ce type pourraient être d'une quelconque pertinence dans le cas présent. Il n'y a donc pas lieu, par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet notamment ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d), de procéder à une instruction complémentaire sur ce point, ni du reste sur d'autres points.

E. 5

Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition litigieuse sera réformée en ce sens que la recourante a, jusqu'au 1er octobre 2023 (inclus) – donc pas seulement jusqu'au 30 septembre 2023, ce qui correspond à un jour de plus (et comme attesté par l'arrêt de travail émis par le service de médecine de premier recours des HUG) –, droit au versement des indemnités journalières selon la LAA, et, jusqu'au 10 octobre 2023 (inclus) – donc y compris le 6 octobre 2023 (consultation auprès du Dr B._____) –, droit à la prise en charge du traitement médical, comme suites de l'accident du 26 septembre 2023. Il est au surplus rappelé que l'intimée doit encore examiner l'éventuel droit de l'assurée au remboursement des frais du transport en ambulance (qui a été facturé le 4 octobre 2023 à hauteur de CHF 910.-) sous l'angle de la question – restante – de savoir si ces frais d'ambulance étaient, au sens des art. 13 al. 1 LAA et 20 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), nécessaires.

E. 6

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

A/843/2024 - 17/17 - 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.