

# **GE\_GERICHTE ATAS/873/2016 vom 1. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_873\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_873_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/873/2016 du 1 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/873/2016 del 1 novembre 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**

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. 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**

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le délai est réputé observé lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à une autorité incompétente (art. 39 al. 2 LPGA). Ainsi, le recours interjeté par courrier expédié à l'intimée le 3 décembre 2015 contre la décision sur opposition du 4 novembre 2015 a été formé en temps utile.

### **E. 4**

En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette règle découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi, le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. L'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 353 consid. 2b et les

A/4391/2015 - 6/14 - références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 du 28 janvier 2003 consid. 2.2). Les conclusions et les motifs peuvent résulter implicitement du mémoire de recours. Toutefois, il faut pouvoir déduire de ce dernier, considéré dans son ensemble, à tout le moins ce que le recourant demande et quels sont les faits sur lesquels il se fonde. La motivation du recours doit être topique, en ce sens qu'il appartient au recourant de prendre position par rapport à la décision incriminée et d'expliquer en quoi et pourquoi il s'en prend à elle. Il n'est pas nécessaire que la motivation soit pertinente, mais elle doit se rapporter au litige en question (ATF 125 V 332 ; 113 IB 287 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 68/04 du 16 février 2005). En l'espèce, dans sa missive expédiée le 3 décembre 2015, le recourant déclare faire opposition à la décision du 4 novembre 2015. Il explique ne plus percevoir de « salaire » depuis six mois et « vivre de rien ». On en déduit donc qu'il requiert la modification de la décision sur opposition et sollicite que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières au-delà du 1er juillet 2015. Il soutient être « en arrêt maladie à 100% », comme en atteste son médecin, et ajoute que son problème survenu lors de son accident l'empêche d'exercer n'importe quel métier. Il conteste ainsi l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée et s'estime toujours en incapacité totale de travailler en raison des suites de son accident du 4 février 2015, en dépit de l'utilisation des termes « arrêt maladie ».

#### **E. 5**

Les exigences de forme sont dès lors remplies, de sorte que le recours est recevable.

#### **E. 6**

Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières à partir du 1er juillet 2015, plus particulièrement sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a considéré que les troubles persistant après cette date n'étaient plus dus à l'accident du 4 février 2015.

#### **E. 7**

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

#### **E. 8**

a. 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

A/4391/2015 - 7/14 - 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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. b. 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). c. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses

A/4391/2015 - 8/14 - prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du

## **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). 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

A/4391/2015 - 11/14 - 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 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

## **E. 12**

Conformément au principe inquisitoire, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

## **E. 13**

En l'occurrence, il est rappelé que l'intimée a admis le lien de causalité entre l'accident du 4 février 2015 et la symptomatologie présentée par le recourant par la suite, mais estime, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, que la causalité a été rompue cinq mois après le sinistre et que l'incapacité de travail n'est plus justifiée à partir du 1er juillet 2015.

#### **E. 14**

Il convient donc d'examiner si les appréciations du Dr E\_\_\_\_\_ permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le statu quo sine vel ante a été atteint le 1er juillet 2015. Dans son succinct avis du 15 juin 2015, ce médecin a conclu que l'incapacité de travail était justifiée pour les suites de l'accident jusqu'au 30 juin 2015 uniquement et qu'une reprise de l'activité professionnelle pouvait être attendue dans l'activité habituelle dès le 1er juillet 2015. Ce document ne comporte ni la description de l'événement accidentel, ni les plaintes du recourant, ni la moindre anamnèse. Cette

A/4391/2015 - 12/14 - appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ est dépourvue de toute motivation et les documents qui lui ont été communiqués ne sont pas énumérés. Cet avis ne saurait donc se voir reconnaître une quelconque valeur probante. S'agissant de son rapport du 15 septembre 2015, il ne satisfait pas non plus aux exigences jurisprudentielles pour emporter la conviction de la chambre de céans. Premièrement, les conclusions du médecin d'arrondissement - lequel n'a pas examiné le recourant - sont essentiellement basées sur une appréciation des rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, documents qui ne contiennent toutefois pas suffisamment de constatations objectives et d'appréciations médicales. Deuxièmement, il appert que le Dr E\_\_\_\_\_ n'était pas en possession de toutes les pièces pertinentes puisqu'aucune référence n'est faite à l'IRM du 13 mars 2015. Troisièmement, le délai fixant la reprise d'une activité professionnelle à cinq mois du sinistre est basé sur l'absence de lésion osseuse traumatique et sur le fait que l'un des médecins traitants avait signalé une évolution favorable, ce qui est manifestement insuffisant. Enfin, l'appréciation du 28 octobre 2015 du Dr E\_\_\_\_\_ prend certes en considération tous les rapports produits, mais elle ne contient pas d'anamnèse et ne décrit ni les plaintes ni les éventuelles limitations fonctionnelles du recourant. Le médecin d'arrondissement a notamment souligné que les hernies discales cervicales étaient d'origine dégénérative et que l'existence de lésions arthrosiques témoignait de leur ancienneté. S'il est exact que le rapport d'IRM du 13 mars 2015 signale une discarthrose en D6-D7 et que ceux concernant les IRM des 15 et 16 septembre 2015 font état de dégénérescences, de discarthrose et d'uncarthrose, rien dans la brève argumentation du médecin d'arrondissement ne justifie de s'écarter de la présomption jurisprudentielle selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an. La détermination abstraite et dénuée de toute motivation du Dr E\_\_\_\_\_, laquelle ne correspond pas aux enseignements tirés de l'expérience médicale, ne saurait être suivie en l'état.

#### **E. 15**

S'agissant des autres pièces du dossier, elles ne permettent pas non plus de statuer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de santé du recourant au-delà du 30 juin 2015. En particulier, les médecins traitants n'ont plus rendu de rapports médicaux, seuls des certificats relatifs à la capacité de travail ont été signés depuis lors.

#### **E. 16**

septembre 2015 signalent bien plus de pathologies que le rapport rendu suite à l'IRM du 13 mars 2015, ce qui n'a pas été relevé par le médecin d'arrondissement. En effet, les dégénérescences discales en D7-D8 et D8-D9, l'ostéophytose en D3- D4, les hernies discales en D7-D8 et D11-D12, la protrusion discale ostéophyttaire en C4-C5, l'uncarthrose en C3-C4 et C4-C5 et les compressions du cordon médullaire en D7-D8, C5-C6 et C6-C7 n'ont pas été mentionnées dans le premier

A/4391/2015 - 13/14 - rapport. Il apparaît dès lors indispensable qu'un spécialiste examine le dossier d'imagerie, et non seulement les rapports s'y référant, afin de déterminer notamment si les troubles précités se sont développés après le 13 mars 2015, soit bien après le sinistre, ou si le rapport relatif à l'IRM du 13 mars 2015 est incomplet. En l'état, il n'est donc pas possible de déterminer si le recourant présente une atteinte dégénérative malade antérieure au sinistre, si cette dernière a été aggravée par l'accident et, cas échéant, à partir de quelle date le statu quo ante ou sine a été atteint.

#### **E. 17**

C'est encore le lieu de relever que ni la déclaration de sinistre du 17 février 2015, ni les rapports des médecins traitants, ni enfin les explications du recourant livrées le 26 mars 2015 ne décrivent les circonstances exactes de l'accident. Enfin, il sera observé que l'antagonisme entre le taux de l'incapacité de travail mentionné dans les certificats signés par le Dr D\_\_\_\_\_ (100%) et celui noté par ce même médecin dans la feuille-accident (0%) ne permet pas de retenir, comme le fait l'intimée, que le recourant présentait une pleine capacité de travail à partir du 1er avril 2015. Il s'agit manifestement d'une erreur dans l'un ou l'autre de ces documents, et il incombait à l'intimée d'interpeller le médecin traitant pour lever l'ambiguïté qui en découlait.

#### **E. 18**

À défaut d'instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre une expertise du recourant, laquelle devra être confiée à un spécialiste reconnu.

#### **E. 19**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 4 novembre 2015 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

#### **E. 20**

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\* \* \* \* \*

A/4391/2015 - 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.