

# **GE\_GERICHTE ATAS/91/2012 vom 8. Februar 2012**

GE Cour de justice, 2012-02-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_91\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_91_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/91/2012 du 8 février 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/91/2012 del 8 febbraio 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours contre les décisions du Tribunal administratif de première instance relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur

A/785/2011 - 8/15 - l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20), relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (LCA; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).

### **E. 3**

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 22 mars 2010, étant rappelé que les indemnités payées jusqu'au 2 mai 2010 ne sont pas réclamées. Concrètement, la question litigieuse consiste à déterminer si l'atteinte à la santé de la recourante et les incapacités de travail subséquentes sont encore imputables à l'événement du 27 février 2010 au-delà du 22 mars 2010.

### **E. 5**

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). Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions (une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, le caractère extraordinaire du facteur extérieur), qui doivent

être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 232 consid. 1 et les références). 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 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

A/785/2011 - 9/15 - 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 181 consid. 3.1 et ATF 118 V 289 consid. 1b et les références). b) 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 181 consid. 2.2 et ATF 125 V 461 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

## **E. 6**

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit 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 (art. 16 al. 2 LAA). 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) Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré dans la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463, 114 V 281 consid. 1d p. 283). En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b, p. 239; ATF 114 V 281 consid. 1c p. 283; cf. également Ueli

KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 3 ad Art. 6).

A/785/2011 - 10/15 - Compte tenu de la formulation de l'art. 6 LPGa (utilisation des termes « résulter » en français et « bedingt » en allemand), un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail doit exister (Ueli KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, n° 43, p. 164 et ATSG-Kommentar, 2009, n° 6 ad Art. 6).

## **E. 7**

a) 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) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142 p. 75 sv.). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine ou 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Dans ce contexte, il sied encore de relever que 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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) 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 (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in 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.

A/785/2011 - 11/15 - Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références).

## **E. 8**

a) En matière d'assurance-accidents, l'incapacité de travail s'apprécie généralement sur la base de données médicales (Jean-Maurice FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 1998, n° 69, p. 32). b) 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 125 V 351 consid. 3). 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 du 13 mars 2000, I 592/99). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen

A/785/2011 - 12/15 - concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). 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. Ainsi, lorsque, 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 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

## **E. 9**

Dans le cas d'espèce, la recourante soutient que l'événement du 27 février 2010, dont elle a été victime, a généré un syndrome cervical droit, des céphalées ainsi qu'un état de fatigue inhabituel. Troubles qui l'ont empêchée d'exercer son activité professionnelle dès le 16 avril 2010. D'après son médecin traitant, la Dresse L \_\_\_\_\_, il s'agit naturellement d'une suite liée à l'événement du 27 février 2010 bien que les symptômes ne soient pas apparus immédiatement. La recourante était en parfaite santé jusqu'àudit événement. L'intimée considère quant à elle que la condition de la causalité naturelle n'est pas réalisée au motif

que les deux périodes d'incapacité de travail sont survenues respectivement 48 jours et 118 jours après l'accident, de sorte qu'elle nie, au degré de la vraisemblance prépondérante, le caractère accidentel de cet événement. Quant à la causalité adéquate, le heurt subi par la recourante en date du 27 février 2010 n'a jamais été décrit comme violent mais plutôt comme bénin et banal, tel qu'il en ressort du formulaire de déclaration "bagatelle", de sorte qu'il n'est pas dans le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie qu'il ait pu entraîner un effet tel que décrit par la recourante en l'absence de perte de connaissance, de tuméfaction et d'hématome. Par conséquent, l'événement était impropre à occasionner des prescriptions médicamenteuses, des consultations médicales, deux périodes d'incapacité de travail et des prescriptions de séances de physiothérapie. La causalité adéquate a donc, elle aussi, été niée.

#### **E. 10**

A titre liminaire, la Cour de céans rappelle que le fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b Dans son rapport du 3 décembre 2010, transmis à sa seule initiative, la Dresse L\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, a indiqué que malgré un traitement anti-inflammatoire non-stéroïdien et un traitement de physiothérapie

A/785/2011 - 13/15 - pour son rachis cervical, les céphalées ont persisté ainsi que les cervicalgies droites. Elle a aussi relevé que sa patiente avait déjà été victime d'un accident au niveau de l'hémiface droite en décembre 2008. En raison de la persistance des céphalées, elle a jugé opportun de demander qu'une IRM soit réalisée afin d'exclure un hématome sous-dural. Ladite IRM, effectuée en date du 21 avril 2010, n'a révélé, tant avant qu'après injection du produit de contraste, aucune anomalie notable et plus précisément, une absence de lésion cérébrale post-traumatique objectivable. De ce fait, la Dresse L\_\_\_\_\_ en a conclu que les céphalées et les cervicalgies sont apparues dans le cadre d'une "entorse cervicale", générée par l'accident du 27 février 2010. Des différents rapports émanant du Dr. M\_\_\_\_\_, il en ressort que l'événement du 27 février 2010 consistait en une contusion de la tête à droite, d'aspect banal sans perte de connaissance, d'état confusionnel ou autre amnésie. L'absence d'incapacité de travail laissait supposer une guérison en quelques jours, de sorte que la rechute annoncée avec incapacité de travail dès le 16 avril 2010 n'est pas en lien avec l'événement susmentionné. Ladite incapacité est liée avec un syndrome cervical droit, relatif à la région C5-C6 avec diffusion en région dorsale sur les trapèzes et motivant ainsi un traitement de physiothérapie important, tant dans sa fréquence que dans sa durée. Ce traitement apparaît disproportionné au vu du type d'événement annoncé, lequel apparaît banal. De plus, les troubles initiaux ne sont devenus handicapants que sept semaines plus tard, avec une première incapacité de travail dès le 16 avril 2010. Enfin, la recourante est connue pour une cervicarthrose C5-C6 en raison de divers accidents subis en 1994 et 2008, de sorte que ses troubles, à savoir un état de fatigue inhabituel, des céphalées persistantes et un syndrome cervical ne peuvent être attribués aux suites de l'événement du 27 février 2010, lequel s'est révélé sans diagnostic lésionnel autre qu'une simple contusion. Par conséquent, il existait déjà au moment de l'événement du 27 février 2010 un état significatif en raison de la présence des cervicalgies chroniques, des dorsalgies à l'origine de multiples traitement et prise en charge.

#### **E. 11**

Compte tenu des considérations susmentionnées, la Cour de céans retient que l'accident dont a été victime la recourante relève du caractère bénin et banal, de sorte qu'il ne pouvait en aucun cas générer des conséquences telles que celles décrites, à savoir un état de fatigue inhabituel, des céphalées persistantes, un syndrome cervical et sans oublier la durée anormalement longue du traitement ainsi que les périodes subséquentes d'incapacité de travail. En effet, suite à l'accident du 27 février 2010 au cours duquel elle a heurté sa tête contre un support de scope, la recourante n'a eu, dans un premier temps, qu'une simple contusion et un arrêt de travail ne s'est pas révélé nécessaire. Le diagnostic d'entorse cervicale mentionné par la Dresse L \_\_\_\_\_ pour la première fois dans son rapport du 3 décembre 2010 n'a jamais été évoqué dans les suites immédiates de l'accident ; il ne saurait être retenu, tant du point de vue du déroulement de l'accident que des symptômes présentés par la recourante dans les suites immédiates de l'accident, qui

A/785/2011 - 14/15 - n'ont pas nécessité d'arrêt de travail. Ce n'est que dans un deuxième temps, soit en date du 16 avril 2010, que la recourante a cessé son activité professionnelle en raison de ses troubles. Il convient par ailleurs de prendre en considération les accidents subis préalablement par la recourante, soit en 1994 et 2008, lesquels ont généré une cervicarthrose C5-C6. A cet égard, il résulte du dossier médical produit par la recourante qu'elle a présenté des cervico-dorsalgies persistantes post entorse cervicale ayant nécessité notamment des traitements de physiothérapie, avec en juillet 2009 encore des douleurs de la nuque, des fourmillements de l'hémiface, des céphalées, des cervicalgies et des contractures de l'angulaire de l'omoplate. Enfin, l'IRM, effectuée en date du 21 avril 2010, n'a montré aucune lésion objective, ce qui a permis de conclure à une simple contusion. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans se ralliera aux conclusions claires et convaincantes du Dr M \_\_\_\_\_, selon lesquelles il existe un état antérieur significatif, de sorte que la condition de la causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé postérieurement au 22 mars 2010 n'est pas réalisée en l'espèce. Par conséquent, l'intimée était habilitée à mettre fin à ses prestations en date du 22 mars 2010.

## **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

A/785/2011 - 15/15 - 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.