

GE_GERICHTE A/1281/2019 vom 3. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1281_2019

FR: GE_GERICHTE A/1281/2019 du 3 février 2020

IT: GE_GERICHTE A/1281/2019 del 3 febbraio 2020

Erwägungen

E. 6

Cervico-dorso-lombalgies.

E. 7

Arthrite microcristalline (chondrocalcinose) au genou droit avec tendinite de la patte d'oie. Du point de vue asséculogique, le lien de causalité naturelle entre l'événement du 29 juin 2016 et les diagnostics ci-dessus était le suivant : Pour les diagnostics 4 et 5, le lien de causalité naturelle était certain. Pour les diagnostics 2 et 3, le lien de causalité naturelle n'était que possible. Pour les diagnostics 1, 6 et 7, le lien de causalité naturelle était exclu. En ce qui concernait la contusion dorsolombaire et la contusion du poignet gauche, on pouvait considérer que la situation médicale était guérie sans séquelle. Pour les diagnostics de contusion du poignet gauche et dorsolombaire, sans lésion osseuse traumatique, on pouvait considérer que trois à quatre mois après l'événement du 29 juin 2016, la guérison était complète et le « statu quo ante » retrouvé. La contusion dorsolombaire était sans lésion traumatique discale et le statu quo était retrouvé trois à quatre mois après l'accident. S'agissant du rachis cervical, il était vraisemblable qu'il y ait eu une aggravation passagère d'un état préexistant (arthrose cervicale débutante) avec en l'absence de lésion traumatique, un retour à cet état, trois à quatre mois après l'événement du 26 juin 2016. L'accident avait aggravé une pathologie préexistante de l'épaule droite mais le statu quo sine était atteint le 20 octobre 2017. La contusion du poignet gauche, la contusion dorsolombaire et l'entorse cervicale, secondaires à l'événement du 29 juin 2016, n'entraînaient pas d'incapacité de travail à partir du 16 octobre 2017. Plus d'un an après l'événement, ces lésions étaient guéries pour le poignet et le dos et le « statu quo ante » était retrouvé pour la colonne cervicale quatre mois après l'événement du 29 juin 2016. Les lésions de la coiffe des rotateurs ne lui paraissaient pas incompatibles avec l'activité de surveillante parascolaire de l'assurée et par conséquent n'entraînaient pas d'incapacité de travail à partir du 16 octobre 2017. Toutefois, dans le cadre de cette activité, l'assurée ne pouvait pas porter d'enfants, ni intervenir en urgence pour une quelconque raison. Le Dr S_____ avait adressé l'assurée au Dr Y_____, neurologue à l'hôpital de la Tour. Celui-ci avait examiné l'assurée le 15 octobre 2018 avec une IRM cérébrale et un bilan neuropsychologique. L'IRM et le bilan neuropsychologique étaient décrits comme parfaitement dans les normes, avec des performances satisfaisantes. Au niveau neurologique elle avait eu un bilan très complet (ENG déjà fait chez les Drs N_____ et V_____) et le Dr Y_____ n'avait aucun argument pour une atteinte neurologique. L'IRM cérébrale, effectuée au Brésil deux ans après l'événement accidentel du 29 juin 2016, qui évoquait une gliose périvasculaire qui n'avait aucune manifestation clinique (y compris à la consultation 24 juillet 2018 auprès du Dr Z_____ de Clinica Cidadiã au Brésil) et, qui plus est, n'était pas retrouvée sur l'IRM de contrôle du 15 octobre 2018, ne pouvait être prise en compte. Il était donc évident qu'une

expertise neurologique n'était pas nécessaire et qu'elle n'apporterait rien de nouveau. 69. Le 13 juin 2019, l'assurée a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) que le Dr T_____ n'avait pas eu un dossier complet transmis par l'assurance ; il n'était pas à même de se prononcer sur l'aspect neurologique et a persisté dans ses conclusions. 70. Le 16 août 2019, l'assurance a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) qu'au vu de l'expertise du 17 juillet 2019 elle avait respecté ses obligations, le statu quo était arrêté trois à quatre mois après l'accident. 71. Le 17 septembre 2019, l'assurée a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) que l'expertise était incomplète et insuffisante, partielle et comprenait des erreurs. Il minimisait l'ampleur des atteintes : en particulier il omettait de commenter tous les points de l'IRM cérébrale effectuée au Brésil ; elle contestait une capacité de travail depuis octobre 2017. 72. Le 31 octobre 2019, l'assurée a annoncé qu'elle s'absentait du territoire suisse du 15 novembre 2019 au 15 septembre 2020 (plus ou moins). 73. A la demande de la chambre de céans, l'assurée a indiqué le 6 novembre 2019 que les arguments développés le 28 février 2019 ne constituaient pas une demande formelle de récusation à l'encontre de la juge Valérie MONTANI ou d'un autre juge quelconque. 74. Le 11 novembre 2019, l'assurée a communiqué un rapport de densitométrie osseuse du 8 novembre 2019 attestant d'une ostéopénie généralisée avec un risque fracturaire augmenté. 75. Le 13 novembre 2019, l'assurée a communiqué un ultrason du membre inférieur gauche du 24 septembre 2013 concluant à un examen d'aspect normal. 76. Le 25 novembre 2019, l'assurance a requis qu'il soit mis fin à l'avalanche de courriers totalement insensés de l'assurée. 77. Sur quoi la cause a été 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), 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). 3. Le litige porte sur le droit de l'intimée de clore le dossier LAA de la recourante, au motif que celle-ci ne s'est pas soumise à l'expertise prévue au CEMed le 10 octobre 2018. 4. Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). L'art. 44 LPGA prévoit que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. 5. a. 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). b. 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).

c. 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 LPGGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGGA). 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 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

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 ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

6. Lorsque la mise en oeuvre d'un moyen de preuve appelle un certain comportement (actif ou passif) de la part de la personne assurée, il convient par ailleurs d'examiner, conformément au principe de proportionnalité, si ce comportement peut être raisonnablement exigé. L'examen du caractère raisonnablement exigible d'une mesure d'instruction requiert que soit pris en considération l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas particulier. (...) Les examens auxquels la personne assurée est tenue de se soumettre dans le cadre d'une expertise médicale doivent en règle générale être considérés comme exigibles, sauf s'ils représentent un risque trop important pour la santé (DUPONT, MOSER-SZELESS, Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales 2018 p. 533). En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle

de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction, soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'assureur. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'assureur, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de preuve requis par les circonstances, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si la personne assurée se montre par la suite disposée à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci il lui est loisible de saisir l'assureur d'une nouvelle demande de prestation (DUPONT, MOSER-SZELESS op.cit. p. 545). Lorsque l'assureur se prononce en l'état du dossier, il ne peut se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de la personne assurée, mais doit procéder à une appréciation matérielle du cas à la lumière des pièces au dossier. Dans le contexte particulier de la révision d'une prestation durable (art. 17 LPGA), une telle appréciation peut toutefois conduire à un résultat singulier. Lorsque la personne assurée ne se conforme pas à son devoir de renseigner ou de collaborer et que le dossier ne contient aucun élément permettant d'admettre que les circonstances déterminantes se sont modifiées, l'absence de renseignements aurait pour résultat, compte tenu de la répartition du fardeau de la preuve, que l'assureur ne pourrait réduire ou supprimer la prestation. En d'autres termes, l'absence de collaboration de la personne assurée n'entraînerait, dans le cadre particulier de la révision, aucune conséquence défavorable pour elle. Compte tenu du caractère non admissible d'une telle solution, il convient d'admettre dans un tel cas un renversement du fardeau de la preuve au détriment de la personne assurée. Il appartient alors à la personne assurée d'établir que les circonstances déterminantes n'ont pas subi de modifications susceptibles de modifier le droit à la prestation (DUPONT, MOSER-SZELESS op.cit. p. 545).

7. En l'occurrence, l'intimée, en déclarant clôt le dossier LAA de la recourante, a statué en l'état du dossier en confirmant, implicitement, la suppression de tout droit aux prestations depuis le 28 juillet 2016, selon sa décision du 18 septembre 2017, confirmée sur opposition le 21 novembre 2017 et annulée par la chambre de céans le 16 avril 2018 (ATAS/334/2018).

8. En exécution de l'arrêt précité, l'intimée a mis sur pied une expertise, afin de déterminer si, comme il lui était demandé, les atteintes au poignet et à la main gauche de la recourante étaient dues à l'accident au-delà du 28 juillet 2016, si les atteintes lombaires avaient été provoquées ou aggravées par celui-ci et si les atteintes aux membres supérieurs, aux épaules, à la jambe droite, à la tête et au coccyx, mentionnées par la recourante, étaient également en lien avec l'accident. Or, l'assurée, depuis la première proposition d'expertise de l'intimée, auprès du Dr R_____, le 2 mai 2018, et la décision litigieuse du 28 février 2019, a refusé de se soumettre à un examen d'expertise ; en effet, la recourante ne s'est pas présentée au rendez-vous d'expertise orthopédique - dont il convient d'admettre qu'il était exigible au sens de la jurisprudence précitée - prévu chez le Dr R_____ le 21 juin 2018, puis chez le Dr T_____ le 10 octobre 2018. Ce faisant, la recourante a refusé de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction du dossier, au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, étant constaté que le fait de requérir la réalisation d'une expertise neurologique préalablement à l'expertise orthopédique prévue ne saurait constituer une telle excuse valable. Par ailleurs, la recourante a été avertie par l'intimée des conséquences de ce défaut de collaboration (courriers ou courriels de celle-ci des 19 juin, 26 septembre et 8 octobre 2018). En conséquence, l'intimée était en droit de

statuer en l'état du dossier et de conclure, qu'au vu des pièces médicales au dossier, aucun élément ne permettait d'établir que les atteintes à la santé de la recourante, mentionnées par celle-ci et par le jugement de la chambre de céans précité, étaient à sa charge au-delà du 28 juillet 2016, étant relevé qu'il incombait à la recourante, s'agissant des atteintes à sa santé dont le lien de causalité avec l'accident avait été reconnu par l'intimée, d'établir, comme exposé ci-avant, que les circonstances déterminantes n'avaient pas subi de modification susceptibles de modifier son droit aux prestations, ce qu'elle n'a pas été à même de faire vu son refus de se soumettre à une expertise administrative orthopédique ; par ailleurs, les pièces médicales fournies par la recourante postérieurement à l'arrêt de la chambre de céans du 16 avril 2018 jusqu'à la décision litigieuse du 28 février 2019, soit les rapports du Dr S_____ des 25 juin, 5 septembre et 2 octobre 2018, ainsi que l'IRM cérébrale du 13 septembre 2018, ne sont pas suffisantes pour établir que les atteintes au poignet et à la main droite de la recourante sont à la charge de l'intimée au-delà du 28 juillet 2016, ou encore l'existence d'un lien de causalité entre les autres atteintes évoquées et l'accident. 9.

Partant, le recours ne peut qu'être rejeté et la décision litigieuse confirmée, étant relevé que l'examen de la valeur probante de l'expertise à laquelle la recourante s'est finalement soumise ne peut être effectué dans le cadre de la présente procédure, vu l'objet du litige limité à la question du défaut de collaboration de la recourante mais seulement dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. La procédure est gratuite. 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.