GE_GERICHTE A/785/2011 vom 8. Februar 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_785_2011

FR: GE_GERICHTE A/785/2011 du 8 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/785/2011 del 8 febbraio 2012

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame G_____, domiciliée au Grand-Lancy, représentée par CAP Protection juridique recourante contre BALOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, 4002 Basel, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT Madame G_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1958, travaille depuis le 9 février 1998 en qualité d'aide-soignante au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG). A ce titre, elle est assurée obligatoirement à la BÂLOISE ASSURANCES (ci-après: la caisse ou l'intimée) contre les accidents et les maladies professionnelles. Par déclaration d'accident "bagatelle" du 3 mars 2010, l'assurée a annoncé qu'en nettoyant une place, elle s'est tapée la tête sur le support d'un appareil de monitoring (scope) le 27 février 2010 et a subi un hématome et des douleurs. Les premiers soins ont été donnés par la Dresse L_____. Aucun arrêt de travail n'a été prescrit. Par déclaration d'accident du 16 avril 2010, l'assurée a annoncé que contrairement à ce qui avait été avancé par le biais de la déclaration d'accident bagatelle du 3 mars 2010, elle était dorénavant en incapacité de travail dès le 16 avril 2010. Le 26 avril 2010, les HUG ont annoncé le cas à la caisse, sur la base d'une déclaration dûment remplie, laquelle indiquait un status post-contusion de la tête à droite avec syndrome cervical et céphalées secondaires, comme pronostic. Il était précisé que les lésions étaient dues uniquement à l'accident. Dans un rapport médical initial LAA, la Dresse L_____ n'a pas constaté de tuméfaction ou d'hématome au niveau du crâne ou de la tempe ni de trouble de la sensibilité superficielle au niveau du visage. Un syndrome cervical droit douloureux, un syndrome de l'angulaire de l'omoplate droit ainsi qu'un syndrome dorsal droit ont été relevés. L'examen neurologique était normal. En date du 19 avril 2010, il a été constaté une persistance du syndrome cervical droit mais surtout une accentuation des céphalées et état de fatigue inhabituel. La Dresse L_____ a noté que la patiente avait subi des contusions péri-orbitales droites et un syndrome cervical secondaire le 18 décembre 2008 après avoir reçu la portière de sa voiture sur l'hémi-face droite et qu'une cervicartrhose C5-C6 était connue. La praticienne a prescrit un traitement anti-inflammatoires non-stéroïdiens, des séances de physiothérapie pour le rachis cervical et un arrêt de travail à 100 % dès le 16 avril 2010. Une IRM cérébrale effectuée en date du 21 avril 2010 s'est révélée normale et a permis d'exclure la présence d'un hématome sous-dural. Une reprise de travail à 100 % a été fixée le 3 mai 2010. Une nouvelle incapacité de travail totale du 25 juin 2010 au 18 juillet 2010 a été attestée par la Dresse L_____, qui a prescrit de nouvelles séances de physiothérapie. En date du 16 août 2010, le Dr. M_____, médecin-consultant, a rendu un rapport à l'attention de la caisse. Il a conclu que l'événement du 27 février 2010 consistait en une contusion de la tête à droite, d'aspect banal sans histoire commotionnel. L'évolution sans incapacité de travail laissait ainsi supposer une guérison en quelques jours. La rechute annoncée avec incapacité de travail dès

le 16 avril 2010 n'était certainement pas en rapport avec les suites de cet accident. En effet, une contusion banale ne déterminait pas d'incapacité de travail et une cicatrisation des tissus lésés était attendue en quelques jours, au maximum en deux à trois semaines. L'incapacité de travail avec état de fatigue inhabituel, céphalées persistantes et syndrome cervical chez cette assurée connue pour une cervicarthorse C5-C6, ne pouvait être ainsi attribuée aux suites du traumatisme sans diagnostic lésionnel autre qu'une contusion banale. L'IRM cérébrale du 21 avril 2010 ne pouvait pas être considérée comme un examen d'éclaircissement au sens de la LAA en l'absence d'éléments cliniques qui auraient pu faire suspecter un éventuel hématome sous-dural chronique. Le Dr M_____ a proposé d'admettre un statu quo sine trois semaines après l'accident du 27 février 2010. Par décision du 12 novembre 2010, la caisse a considéré que suite à l'accident, l'assurée a eu une contusion de la tête à droite, d'aspect banal et sans histoire commotionnel, de sorte que le lien de causalité entre les symptômes actuels et l'accident du 27 février 2010 n'était plus admis et que l'incapacité de travail dès le 16 avril 2010, avec état de fatigue inhabituel, céphalées persistantes et syndrome cervical ne pouvait être attribuée aux suites de cet événement. De ce fait, le statut quo ante, respectivement le statu quo sine, avaient été atteints au plus tard le 22 mars 2010. L'intimée a conclu que dès le 23 mars 2010, l'état de santé de l'assurée relevait de facteurs sans relation avec l'événement du 27 février 2010. Les indemnités journalières payées jusqu'au 2 mai 2010 ne seront toutefois pas réclamées. En date du 23 décembre 2010, la Dresse L_____ a adressé un rapport médical au médecin conseil de la caisse faisant état d'un syndrome cervical droit provoqué selon elle par l'accident du 27 février 2010. Le 7 décembre 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition. Par décision du 14 février 2011, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée, motif pris que l'assurée, connue pour une cervicarthrose C5-C6 et qui a déjà bénéficié d'une IRM cérébrale pour des raisons non explicites en 2006, n'avait pas perdu connaissance lorsque sa tête a heurté le support d'un scope. La rechute du 16 avril 2010, avec incapacité de travail à 100% dès le 16 avril au 2 mai 2010 ainsi que du 25 juin 2010 au 18 juillet 2010, concernait un syndrome cervical droit mais surtout une accentuation des céphalées ainsi qu'un état de fatigue inhabituel. Or, l'examen neurologique était normal, de même que l'IRM réalisée en date du 21 avril 2010. L'évolution sans incapacité de travail laisse ainsi supposer une guérison en quelques jours et la rechute du 16 avril 2010 n'était certainement pas en rapport avec les suites de l'accident. En effet, une contusion banale ne détermine pas d'incapacité de travail et une cicatrisation des tissus lésés est attendue en quelques jours, au maximum en deux à trois semaines. L'incapacité de travail ne peut pas être ainsi attribuée aux suites de traumatisme sans diagnostic lésionnel autre qu'une contusion banale. Par ailleurs, l'IRM cérébrale ne pouvait être considérée comme un examen d'éclaircissement au sens de la LAA en l'absence d'éléments cliniques qui auraient pu faire suspecter un éventuel hématome sous-dural chronique. Les examens effectués ont permis d'exclure toute lésion, respectivement se sont montrés dans la norme. L'événement, tel que survenu, n'était pas apte à causer la problématique mentionnée par l'assurée au degré de vraisemblance prépondérante requise, en particulier chez une patiente connue pour une problématique préexistante de cervicarthrose C5-C6. La Dresse L_____ n'a apporté aucun élément permettant d'arriver à une autre conclusion. Enfin, l'argument selon lequel l'assurée n'avait pas de douleurs avant l'événement en question mais uniquement suite à l'événement (causalité temporelle) n'était pas suffisant pour justifier une causalité naturelle au sens de la LAA. Dans un rapport du 7 mars 2011, la Dresse L_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé, raison pour

laquelle elle lui avait prescrit un arrêt de travail dès le 16 avril 2010. Il s'agissait d'une suite de l'accident et non d'une rechute. Le syndrome douloureux persistant, un nouvel arrêt de travail du 25 juin au 19 juillet 2010 s'était avéré nécessaire. Par acte du 15 mars 2011, l'assurée a interjeté recours, concluant à titre principal à ce que la caisse soit condamnée à verser la totalité des prestations dues à titre d'accident professionnel à partir du 23 mars 2010. Le raisonnement de l'intimée s'est basé uniquement sur le rapport du Dr. M_____, lequel s'est fondé uniquement sur la déclaration d'accident puisque la recourante n'a été examinée par aucun médecin-conseil. L'intimée a considéré de façon arbitraire que le traitement de la recourante était terminé et qu'elle ne souffrait plus d'atteinte à la santé depuis le 23 mars 2010 et ce malgré les différents rapports médicaux dans lesquels la Dresse L_____ explique que même si l'accident n'a pas engendré immédiatement un arrêt de travail, cela ne veut pas signifier que l'état de santé se stabilise de suite. Il est tout a fait possible qu'une atteinte se manifeste plusieurs semaines plus tard sans que l'on puisse considérer l'absence de lien de causalité. L'intimée considère que le syndrome cervical était déjà présent avant l'accident. Or, il est clairement établi à la fois dans la déclaration d'accident et à la fois dans les rapports médicaux de la Dresse L_____ que ce syndrome est apparu suite à l'accident. En effet, la recourante était en parfaite santé avant l'accident. Par conséquent, l'intimée ne parvient pas à démontrer qu'il n'y a aucune causalité entre l'accident du 27 février 2010 et les douleurs actuelles. Dans sa réponse du 13 avril 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours, au motif que ni la causalité naturelle, ni la causalité adéquate n'étaient réalisées en l'espèce. L'affirmation selon laquelle le syndrome cervical serait apparu « dans les suites de l'accident » est typiquement un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » inapte à établir un rapport de causalité naturelle à teneur de la jurisprudence. Par ailleurs, le diagnostic d'entorse cervicale n'a jamais été posé par la Dresse L_____ antérieurement à son rapport du 3 décembre 2010. En effet, son rapport LAA du 26 avril 2010 n'en a fait aucunement état. Au vu de la description de l'accident, le diagnostic d' «entorse cervicale » est pour le moins sujet à caution, ce d'autant plus que les troubles présentés par la recourante ne reposent sur aucun substrat organique. Au surplus, conformément à la jurisprudence, il convient d'examiner les constatations du médecin traitant avec réserve. Pour l'intimée, le statu quo sine était atteint trois semaines après l'accident du 27 février 2010, lequel n'a occasionné ni perte de connaissance, ni tuméfaction, ni hématome, raison pour laquelle il a été mis un terme à la prise en charge des prestations le 22 mars 2010. D'autre part, la déclaration de l'accident ne mentionnait pas que le heurt aurait été violent et était énoncé sur le formulaire de déclaration "bagatelle". Il n'y a pas eu de perte de connaissance. La première consultation téléphonique était intervenue trois jours après l'accident et la première consultation avec examen douze jours après l'accident. La première incapacité de travail était survenue 48 jours après l'accident, et la seconde 118 jours après l'accident. Lors de la première consultation, il n'a pas été constaté de tuméfaction ou d'hématome au niveau du crâne. L'ensemble des examens neurologiques se sont révélés normaux. Au vu de l'accident banal et bénin subi par la recourante, il n'était assurément pas dans le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, en l'absence de toute perte de connaissance, de toute tuméfaction et tout hématome, à savoir que l'accident n'a pas laissé la moindre séquelle tel que constaté par le propre médecin traitant de la recourante. L'accident était ainsi impropre à occasionner des prescriptions médicamenteuses, des consultations médicales, deux périodes d'incapacités de travail et des prescriptions de séances de physiothérapie. Par conséquent, il y a lieu de nier l'existence

d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé. La Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après: la Cour de céans) a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 1 er juin 2011. La recourante a expliqué avoir subi un coup du lapin en 1997 lors d'un accident de la circulation, à la suite duquel elle avait été mise en arrêt de travail quelques mois. En suite de quoi, une cervicarthrose a été diagnostiquée. En 2008, lors d'un fort coup de vent, la portière de sa voiture s'est rabattue sur sa tête, du côté droit. Elle a bénéficié d'une mise en arrêt de travail. La recourante a réitéré son étonnement que le médecin-conseil de l'assureur n'ait pas demandé de rapport intermédiaire à la Dresse L_____, ni même souhaité l'examiner. Quant à l'événement du 27 février 2010, les paresthésies de l'hémi-visage droit ne sont pas survenues tout de suite, mais petit-à-petit. Des céphalées sont survenues plus tard, en avril 2010. Lorsque les douleurs sont devenues insupportables, elle a à nouveau consulté la Dresse L_____ en avril et c'est alors qu'elle lui a prescrit un arrêt de travail. Avant l'événement du 27 février 2010, elle ne présentait aucun trouble, elle ne souffrait plus des cervicales, ni de maux de tête. Sur quoi, la Cour de céans a imparti un délai à la recourante pour qu'elle communique son dossier médical. Dans l'intervalle, le Dr. M_____, médecin-consultant, s'est déterminé dans un rapport du 27 juin 2011. Il a conclu que l'incapacité de travail qui a débuté le 16 avril 2010 était en rapport avec un syndrome cervical droit, intéressant surtout 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 puisque l'examen du dossier permettait de retrouver des séances régulières de physiothérapie, au moins jusqu'au 4 novembre 2010. Ce long traitement apparaissait tout à fait hors de proportion avec les suites et conséquences de l'événement annoncé, somme toute parfaitement banal, et ne permettant pas de supposer une incapacité de travail quelconque, ni un traitement de physiothérapie. L'IRM cérébrale du 21 avril 2010 réalisée alors qu'il n'y avait pas de traumatisme crânien, n'était pas acceptable au titre d'un examen d'éclaircissement, en l'absence de symptômes déficitaires. S'il y avait eu entorse cervicale, pour quelle raison les manifestations initiales seraient-elles non handicapantes alors qu'elles le devenaient sept semaines plus tard, nécessitant ainsi une incapacité de travail dès le 16 avril 2010. De toute évidence, il manquait un maillon important dans la compréhension de la causalité naturelle. De ce fait, il apparaissait vraisemblable que les suites de l'événement du 27 février 2010 étaient limitées à quelques jours, voire deux ou trois semaines au maximum. A l'évocation des multiples épisodes de cervico-dorsalgies, soit en 1994 et 2008, l'on peut admettre sans difficulté qu'il existait un état antérieur significatif, les syndromes cervicaux apparaissant ainsi à la suite de traumatismes mineurs, chaque fois assortis de traitements de longue durée et intéressant le rachis cervical. Le 29 juin 2011, la recourante a produit son dossier médical et précisé, par l'intermédiaire de son mandataire, que l'accident de circulation s'est produit en 1994 et non en 1997, comme initialement annoncé. Son dossier médical attestait de la survenance de nombreux accidents antérieurs à l'événement du 27 février 2010 et dont il ne subsistait aucune trace à l'heure actuelle. En effet, elle a toujours retrouvé une capacité de travail complète et n'a plus subi d'atteinte. L'IRM du 6 octobre 2005 a permis d'attester qu'elle ne présentait aucune anomalie et qu'il n'a pu être constaté une quelconque trace de l'accident survenu en 1994. Au vu du temps écoulé entre les différents accidents, il ne peut être considéré qu'il s'agit de rechute ou d'une suite. La Dresse L_____ l'a examinée en date du 27 janvier 2010 et n'a constaté aucune atteinte à la nuque. Après chaque accident, la recourante a dû suivre de nombreuses séances de physiothérapie. Le 11 juillet 2011, le Dr M_____ a rendu

un rapport complémentaire dans lequel il mettait en évidence que le dossier médical transmis par la recourante n'était pas complet puisqu'il manquait la moitié des pièces (seules 33 pages y figuraient alors que le dossier en comptait 66) et que certains documents étaient caviardés. A la lecture dudit dossier, le médecin consultant a conclu à l'existence de cervicalgies chroniques, de dorsalgies à l'origine de multiples traitements et prises en charge. Par conséquent, il y a bien un état antérieur significatif, raisons pour lesquelles il persiste dans ses conclusions. Dans ses écritures, l'intimée a persisté dans ses conclusions, relevant qu'il y avait lieu de nier tout lien de causalité naturelle postérieurement au 22 mars 2010, date à laquelle il a été mis un terme à la prise en charge des prestations selon décision sur opposition du 14 février 2011. Les pièces produites permettent de nier, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé postérieurement au 22 mars 2010. Par écritures du 3 août 2011, la recourante a contesté les conclusions du Dr M_____ figurant dans son rapport du 27 juin 2011, lequel a émis un avis sans l'avoir jamais vu. Selon la recourante, ses appréciations subjectives ne reposent sur aucune base concrète et découlent uniquement de la qualification de l'accident du 27 février 2010 qu'il considère comme banal. Elle relève l'interprétation particulière faite par le Dr M_____ quant au rapport de la Dresse L_____ et plus particulièrement les guillemets utilisés pour les termes "entorse cervicale", ce qui laisserait à penser qu'elle n'était pas certaine de son diagnostic. Sur la base du rapport du Dr. M_____, l'intimée considérait que les douleurs n'étant pas immédiatement intervenues, de sorte qu'elles n'étaient pas à imputer à l'accident du 27 février 2010. Le raisonnement semblait quelque peu raccourci et contradictoire puisque le Dr. M_____ a souligné dans son rapport que lors d'autres accidents les symptômes sont apparus tardivement, tout comme il mentionne que la recourante avait été victime d'accidents banals par le passé, lesquels avaient nécessité une longue convalescence. Par conséquent, ces différents éléments permettaient de considérer que la recourante se remettait très lentement des différents accidents qu'elle a subi et que ce facteur devait être pris en considération. Après communication de cette écriture à l'intimée, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1 er 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 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. 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). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). 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. 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 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). 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). 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). 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. 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). 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 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). 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'audit 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 subit par la recourant 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. 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 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 droit 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. 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 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. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu’elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu’à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.