

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1682/2021

ATAS/1189/2022

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2022

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sise
Dufourstrasse 40, ST-GALLEN, représentée par HELVETIA
COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, travaillait à 50% en qualité de réceptionniste auprès de la société B_____ SA à Genève, et était affiliée, de ce fait, auprès de HELVETIA COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur) contre le risque d'accident, professionnel ou non.

b. Le 7 décembre 2020, l'assurée a annoncé à l'assurance que, le 2 juillet 2020, elle était : « tombée sur le dos... courbatures pendant quelques semaines, puis mieux. Mais toujours quelques douleurs lombaires (bas du dos). Elle a été voir son médecin le 24.11.2020 + une radio le 02.12.20 » (cf. déclaration d'accident).

c. Par contact téléphonique du 14 décembre 2020, l'assurée a informé l'assurance que l'événement remontait au 2 août et non au 2 juillet 2020.

d. Les premiers soins ont été prodigués par le docteur C_____, spécialiste en médecine interne, le 24 novembre 2020.

e. Le 2 décembre 2020, une radiographie de la colonne lombaire a été effectuée, dont le résultat a été le suivant :

« Pas de tassement vertébral identifié. Bon alignement des corps vertébraux dans un point coronal et sagittale avec respect des murs antérieurs postérieurs et de la ligne spinolaminaire. Discopathie L3-L4 avec un phénomène de vide intra-discal et sclérose des plateaux en miroir marqué au secteur intérieur, une ostéophytose marginale. Rétrolisthésis de grade I de L3 sur L4. Discopathie plus modérée L2-L3 et L5-S1. Remaniements mécaniques des articulations sacroiliaques d'aspect banal pour l'âge. Pas d'anomalie identifiée au niveau des articulations coxofémorales et de la symphyse pubienne en bordure de champ. Pas d'anomalie des parties molles. »

f. Dans un rapport du 14 décembre 2020, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne, a indiqué avoir constaté objectivement l'absence d'atteinte morphologique. Il a fait état d'une sensibilité du rachis lombaire. Une radiographie du rachis excluant le tassement des vertèbres s'était révélée normale. Le médecin a finalement diagnostiqué des contusions lombaires et n'a pas fait d'autres propositions de traitement, l'estimant terminé le 24 novembre 2020. Aucun arrêt de travail n'a été attesté.

g. L'assurance a soumis le dossier à son médecin-conseil, qui a estimé que les radiographies pouvaient être pris en charge à titre de frais d'éclaircissement. En revanche, le traitement prescrit quatre mois après l'événement ne pouvait être considéré comme étant en relation de causalité pour le moins probable avec celui-ci, mais plutôt en lien avec des troubles dégénératifs étagés que l'accident, vu le

délai écoulé, n'avait pas décompensés au degré de la vraisemblance prépondérante.

h. Par décision du 11 janvier 2021, l'assurance a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 2 août 2020, faute de lien de causalité naturelle entre celui-ci et les douleurs dorsales.

i. Le 13 janvier 2021, l'assurée s'est opposée à cette décision en alléguant que cette chute était bien à l'origine de ses douleurs dorsales, puisqu'auparavant, elle n'avait jamais eu mal au dos.

j. Le 3 février 2021, l'assureur-accidents a notifié sa décision du 11 janvier 2021 à l'assureur-maladie de l'assurée qui n'a pas formulé d'opposition.

k. Le 12 février 2021, l'assureur-maladie a néanmoins demandé à l'assureur-accidents le remboursement d'une facture de l'Hôpital de la Tour portant sur un montant de CHF 216.40 concernant une consultation effectuée par l'assurée le 11 août 2020 auprès du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, en relation avec un accident survenu le 2 août 2020.

l. Le 16 mars 2021, l'assureur-accidents a requis du Dr D_____ la copie de ses notes de consultation, dont il est ressorti que l'assurée souffrait de douleurs à l'épaule droite depuis le 25 juin 2020, d'apparition progressive, traitées par de la physiothérapie. Il était mentionné qu'elle allait bien mieux depuis juin. Lors de la consultation, aucune mention n'a été faite, ni à l'événement du 2 août 2020, ni à des douleurs dorsales.

m. Par courriel du 25 mars 2021, l'assureur-accidents a donc informé l'assureur-maladie qu'il refusait de prendre en charge de la facture relative à la consultation du Dr D_____, celle-ci concernant une partie du corps de l'assurée ne correspondant pas à celle annoncée dans la déclaration de sinistre.

n. Le 6 avril 2021, le dossier de l'assurée a été une nouvelle fois soumis au médecin-conseil, qui a conclu à des lombalgies communes sur lésions dégénératives banales du rachis lombaire, sans relation de causalité au moins probable avec l'événement évoqué, mais en lien avec des troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire que l'incident n'avait pu décompenser au degré de la vraisemblance prépondérante, vu le délai écoulé entre l'événement et le traitement prescrit.

o. Par décision du 16 avril 2021, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition et confirmé son refus de prise en charge.

B. a. Par écriture du 12 mai 2021, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

Elle explique que le cheval, pris de peur, est parti au galop et a rué, ce qui l'a projetée à terre. Elle est tombée sur le dos, en position semi-assise, donc c'est plutôt le bas du dos qui a heurté le sol, sur la droite. Suite à cela, elle a souffert de

grosses courbatures dans le dos, les jambes et les bras durant plusieurs semaines. Elle a attendu que celles-ci diminuent. Ce n'est qu'en novembre, ressentant toujours une douleur en bas à droite du dos, qu'elle s'est décidée à consulter son généraliste.

La recourante argue que ses douleurs sont situées précisément à l'endroit où son corps a heurté le sol. Si elle ne souffre certes pas le martyre, les douleurs sont encore présentes et l'obligent à continuer à suivre un traitement de physiothérapie.

Pour le reste, elle admet que la consultation du Dr D_____ n'avait aucun lien avec ses douleurs dorsales, mais avec une calcification de l'épaule.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 15 juin 2021, a conclu au rejet du recours.

L'intimée relève que l'attestation du Dr C_____ du 26 mai 2021 n'atteste aucunement d'un lien de causalité entre les douleurs dorsales de sa patiente et la chute de cheval alléguée.

Quant à l'argumentation de la recourante, elle s'appuie sur un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc ». Or selon la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un évènement ne suffit pas à établir une relation de causalité avec celui-ci. Cela ne constitue pas en particulier pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurance-accidents.

c. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 17 février 2022.

La recourante a allégué avoir souffert, après l'accident, durant quelques semaines, de courbatures qui irradiaient jusque dans la nuque et les bras.

Lorsqu'elle est allée consulter le Dr D_____ pour un tout autre problème, ces courbatures perduraient.

Elles ont finalement passé, mais le mal de dos a persisté. Il n'était cependant pas très violent et pas permanent. Il se manifestait surtout sous forme de blocage après une position statique.

Si elle n'a pas consulté plus tôt, c'est qu'elle est assez endurante.

La recourante a indiqué avoir rendez-vous le 4 mars avec le docteur E_____ et s'est proposé de lui demander de se prononcer sur le lien de causalité naturelle, de sorte qu'un délai lui a été accordé pour produire un rapport du médecin.

d. Le Dr E_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué dans un certificat du 11 avril 2022 que l'examen clinique montrait une inégalité de longueur en défaveur du côté droit. Il avait fait procéder à une nouvelle imagerie qui avait révélé la présence de lésion dégénératives arthrosiques et

d'enthésopathies des tendons fessiers au niveau des hanches. S'agissant du lien de causalité naturelle avec l'évènement évoqué, il a précisé qu'il était tout au plus possible, les lésions constatées se rencontrant fréquemment dans la population générale sans qu'un évènement traumatique n'y soit associé. Tout au plus, la chute aurait pu révéler ou décompenser de façon certaine une situation préexistante, mais ne saurait en être responsable après six mois.

e. Par écriture du 3 mai 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

f. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

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. 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.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).
4. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'assureur-accidents de refuser de prester.
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, ATF 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

8.

8.1 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).

8.2 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

9. 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).
10. En l'espèce, la Cour constate que l'argumentation de la recourante visant à démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ses douleurs persistantes et la chute de cheval alléguée repose essentiellement sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », en d'autres termes, sur le fait qu'elle n'a jamais souffert du dos avant l'évènement.

Or selon la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un évènement ne suffit pas à établir une relation de causalité avec celui-ci. Cela ne constitue en particulier pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurance-accidents.

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liées par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, qu'il convient d'examiner 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, 406 consid. 4.3.1, ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Tel est précisément le cas en l'occurrence.

En effet, les différents rapports d'imagerie versés au dossier ne montrent aucune lésion traumatique, mais, bien au contraire, des troubles dégénératifs. Cela permet, comme l'a fait le médecin-conseil de l'assurance, de conclure que l'on est en présence de lombalgies communes sur lésions dégénératives banales du rachis lombaire. Qui plus est, l'absence de toute lésion structurelle pouvant être directement rapportée à l'événement, permet d'admettre que ce dernier ne déployait plus d'effets au moment où l'assurée s'est décidée à consulter.

Le Dr E_____ ne dit pas autre chose, après des examens supplémentaires. Il reconnaît que le lien de causalité naturelle avec l'évènement évoqué est tout au plus possible, les lésions constatées se rencontrant fréquemment dans la population générale sans qu'un évènement traumatique n'y soit associé.

Il découle du dossier médical versé à la procédure et de ce qui précède que c'est dès lors à juste titre que l'intimée a refusé de prêter au motif qu'aucun lien de causalité naturelle n'avait pu être établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

- 11.** Au vu de ce qui précède, le recours, manifestement infondé, est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); 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

La présidente

Christine RAVIER

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le