



POUVOIR JUDICIAIRE

A/537/2024

ATAS/624/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1984, employé de B_____ SA (ci-après : l'employeur), est assuré à ce titre contre le risque accident auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 29 octobre 2021, l'assuré a glissé sur le sol de sa salle de bains et a chuté, en se blessant au dos. Le cas a été pris en charge par l'assurance.
- B.** **a.** L'assuré s'est soumis à plusieurs IRM lombaire le 28 avril 2022, du bassin le 9 mai 2022, de la colonne lombaire le 17 août 2022, du bassin hanche gauche le 5 octobre 2022 et du bassin le 20 février 2023.
- b.** Le 2 septembre 2022, la docteure C_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport selon lequel elle revoyait l'assuré dans les suite d'une lombalgie avec un antécédent d'hernie discale traitée huit ans auparavant. L'IRM avait mis en évidence une spondylodiscarthrose pluri-étagée avec discopathie L2-L3 avec protrusion paramédiane gauche sans franche compression radiculaire et discopathie L4-L5 protrusive en L5-S1 protrusive au niveau de l'émergence de la racine S1 gauche ; des séances de physiothérapie étaient prescrites.
- c.** Le 21 septembre 2022, la consultation de la douleur du D_____ a écrit à la Dre C_____ que l'assuré avait bénéficié d'une infiltration articulaire L5-S1 gauche le 7 septembre 2022, avec une diminution de la douleur de l'ordre de 70%.
- d.** Le 4 octobre 2022, la Dre C_____ a attesté d'un œdème de l'acétabulum au niveau de la hanche gauche.
- e.** Le 22 novembre 2022, la Dre C_____ a attesté d'une nette amélioration des douleurs au dos. L'assuré souffrait de lombalgies, de douleurs à l'épaule droite dans le cadre d'une instabilité et de douleurs au niveau de la hanche gauche dans le cadre d'une coxarthrose débutante associée à un conflit acétabulaire et à une lésion du labrum.
- f.** Par décision du 25 novembre 2022, l'assurance a mis fin à ses prestations au 29 avril 2022, en se ralliant à un avis du docteur E_____, médecin-conseil de l'assurance, du 24 octobre 2022, lequel estimait que l'accident cessait de déployer ses effets au bout de six mois.
- g.** Le 27 janvier 2023, la Dre C_____ a indiqué qu'elle revoyait l'assuré qui présentait des douleurs au niveau de la hanche gauche dans le cadre d'une lésion du labrum, une coxarthrose débutante et surtout un important œdème au niveau de l'acétabulum. La situation s'améliorait petit à petit.
- h.** Par décision du 25 mai 2023, l'assurance a déclaré l'opposition de l'assuré à la décision du 25 novembre 2022 irrecevable.

- i.** Par arrêt du 20 novembre 2023 (ATAS/897/2023), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a partiellement admis le recours de l'assuré à l'encontre de la décision précitée, a annulé celle-ci et renvoyé la cause à l'assurance pour traitement de l'opposition sur le fond.
- j.** Le 27 décembre 2023, le Dr E_____ a estimé que la contusion osseuse avait déstabilisé un état antérieur préexistant et que le *statu quo sine* était atteint au 29 avril 2022. L'œdème acétabulaire était probablement en rapport avec les lésions dégénératives de chondropathie.
- k.** Le 4 janvier 2024, l'assuré a écrit à l'assurance que son cas relevait de l'accident, car l'œdème ne pouvait apparaître qu'en lien avec un choc.
- l.** Par décision du 23 janvier 2024, l'assurance a rejeté l'opposition, en se ralliant à l'avis du 27 décembre 2023 du Dr E_____.
- C.**
- a.** Le 15 janvier 2024, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir que ses pathologies étaient en lien avec l'accident, et que des traitements étaient toujours en cours.
- b.** Le 22 février 2024, l'assurance a conclu au rejet du recours.
- c.** Le 21 mars 2024, l'assuré a persisté dans ses conclusions.
- d.** A la demande de la chambre de céans, la Dre C_____ a indiqué le 9 juillet 2024 que le recourant présentait des diagnostics de spondylodiscarthrose pluri-étagée avec discopathie L2-L3 avec protrusion paramédiane gauche sans franche compression radiculaire, discopathie L4-L5 protrusive et L5-S1 protrusive au niveau de l'émergence de la racine S1 gauche. Les diagnostics en lien avec l'accident du 29 octobre 2021 étaient ceux de contusion lombaire et contusion de la hanche. En particulier, l'œdème de l'acétabulum gauche n'était pas en lien avec l'accident et elle rejoignait l'appréciation du Dr E_____ du 27 décembre 2023 qui fixait le *statu quo sine* six mois après le 29 octobre 2021.
- e.** Le 18 juillet 2024, l'intimée a indiqué renoncer à se déterminer.
- f.** Le 2 août 2024, le recourant a contesté le caractère maladif de la lésion du labrum et de l'œdème de l'acétabulum et a estimé qu'il n'avait pas reçu en temps voulu le refus de prise en charge de l'intimée, ce qui aurait pu lui permettre de rebondir financièrement. Il a communiqué des rapports des Drs C_____ et F_____, spécialiste FMH en radiologie, des 22 juin 2023 et 15 février 2024 faisant état d'une infiltration de la hanche en raison de respectivement coxalgies et coxarthrose débutante.
- g.** Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2.

2.1 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

2.2 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

2.3 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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. À 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

2.3.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise

mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

2.3.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

2.3.3 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

2.4 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3.

3.1 En l'occurrence, le recourant a été victime d'un accident le 29 octobre 2021, lequel a entraîné une contusion lombaire et une contusion de la hanche gauche (avis de la Dre C_____ du 9 juillet 2024) ainsi que des lombalgies et sciatalgies (avis du Dr E_____ du 24 octobre 2022).

L'intimée estime que le *statu quo sine* a été atteint à six mois de l'accident alors que le recourant conclut au caractère post-traumatique de la lésion du labrum, la coxarthrose et l'œdème de l'acétabulum, constatés par le Dre C_____ (selon avis de celle-ci du 27 janvier 2023). L'intimée se réfère à un avis du Dr E_____ du 27 décembre 2023, lequel estime que la symptomatologie évoquée par le recourant au-delà du 29 avril 2022 est en lien avec des lésions dégénératives.

Cet avis médical n'est contesté par aucun autre avis de médecin. Au contraire, questionnée sur les conséquences de l'accident du 29 octobre 2021, la Dre C_____ a rejoint le 9 juillet 2024 l'avis du Dr E_____, en indiquant clairement que l'œdème de l'acétabulum n'était pas en lien avec l'accident, lequel n'avait entraîné qu'une contusion lombaire et de la hanche gauche, dont la causalité avec l'accident avait cessé au 29 avril 2022.

Au vu de ce qui précède, le *statu quo sine* fixé au 29 avril 2022 ne peut qu'être confirmé.

3.2 Enfin, le recourant semble reprocher à l'intimée un manque de clarté dans la communication de son refus de prester, ce qui aurait eu des conséquences financières délétères.

Le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités lorsqu'il a réglé sa conduite d'après une décision, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. A certaines conditions, le principe de la bonne foi confère au citoyen le droit d'exiger des autorités qu'elles se conforment aux promesses ou assurances précises

qu'elles lui ont faites et ne trompent pas la confiance qu'il a légitimement placée dans ces dernières. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition (a) que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2 p. 103 ; 141 V 530 consid. 6.2 p. 538 ; 137 II 182 consid. 3.6.2 p. 193 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 130/2020 du 30 juin 2020).

En l'espèce, le recourant a reçu le 2 décembre 2022 l'information selon laquelle l'intimée mettait fin à ses prestations au 29 avril 2022, selon une décision du 25 novembre 2022. Or, le recourant n'explique pas en quoi il aurait pu « rebondir financièrement » si le refus de l'intimée lui avait été communiqué antérieurement, en particulier, il n'invoque pas de frais qu'il n'aurait pas engagés s'il avait eu connaissance plus rapidement du refus de prise en charge de la part de l'intimé. Partant, ce grief est sans conséquences.

4. Au vu de ce qui précède, le recours 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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