GE_GERICHTE ATAS/109/2022 vom 15. Februar 2022

GE Cour de justice, 2022-02-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_109_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/109/2022 du 15 février 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/109/2022 del 15 febbraio 2022

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

E. 4

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal

A/2823/2020 - 8/19 - fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

E. 5

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 6

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations d'assurance-accidents au-delà du 13 janvier 2020, en particulier sur le lien de causalité entre les troubles présents à cette date et l'événement du 9 janvier 2019.

E. 7.1

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 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).

E. 7.2

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).

A/2823/2020 - 9/19 - 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 consid. 3b, p. 408). 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.

E. 8

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 consid. 3b, p. 328 ; RAMA 1992 n° U 142 consid. 4b, p. 75). 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 ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363, p. 46). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits

lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 consid. 4b, p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018, consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). S’agissant de l’aggravation d’un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est, dans la règle, atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2). Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte.

A/2823/2020 - 10/19 - Compte tenu de ce qui précède, la jurisprudence distingue les cas suivants. - Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque les critères suivants sont remplis : traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate après l'accident des symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire), anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 378 consid. 3, p. 190), étant précisé qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 332/03 du 3 janvier 2005 consid. 2). - Les critères précités sont également applicables en cas d'aggravation d'un état dégénératif préexistant, de sorte qu'un accident n'est qu'exceptionnellement à l'origine d'une hernie discale, même en présence d'un état dégénératif antérieur, et ce, uniquement lorsque ledit accident est également en mesure de blesser un disque sain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 163/05 du 3 octobre 2005 consid. 3.1). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral semble avoir nuancé ce qui précède, en considérant que l'accident en question (véhicule à l'arrêt percuté à l'arrière par un camion) n'était pas de nature à entraîner en soi une hernie discale, sauf si le disque atteint était préalablement dégénéré. Dans un tel cas, l'événement accidentel avait produit soit un étirement radiculaire sur une hernie discale préexistante, soit l'extrusion de matériel discal d'un disque préalablement dégénéré. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que la hernie discale avait été déclenchée par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011). En tout état, l'aggravation significative et

donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2). - Si la hernie discale est seulement décompensée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à

A/2823/2020 - 11/19 - l'événement accidentel (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 consid. 3, p. 190 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3). Dans un tel cas, la preuve médicale de la causalité naturelle est remplacée par la présomption jurisprudentielle - qui se fonde sur la littérature médicale - selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

E. 9

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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 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 (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 10

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l’ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc, par définition, à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de

 l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 consid. 1.5.2, p. 74 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 11.1

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).

E. 11.2

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. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 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).

E. 11.3

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).

E. 11.4

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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

E. 11.5

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 consid. 3d, p. 346). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

E. 11.6

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 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).

E. 11.7

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

A/2823/2020 - 14/19 - 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 12

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).

E. 13

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 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). 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, consid. 4, p. 220). 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). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002, p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 consid. 1, p. 327 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation

de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle, doivent être sévères (SVR 2016 n° UV consid. 2.2.2, p. 55 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

E. 14

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 consid. 4, p. 240 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 15.1

En l'espèce, dans sa décision du 6 janvier 2020, confirmée sur opposition le 29 juillet 2020, l'intimée met un terme à ses prestations d'assurance avec effet au 13 janvier 2020, estimant que l'état de santé du recourant, tel qu'il aurait été sans l'accident, peut être considéré comme atteint (statu quo sine). Elle se fonde sur les rapports d'appréciation du Dr H_____, puis de la Dresse L_____.

E. 15.2

Le recourant conteste cette position, faisant valoir que la situation médicale n'est pas claire et qu'elle nécessite une expertise judiciaire. Il se fonde sur l'avis de son médecin traitant, le Dr I_____, qui estime que ses symptômes sont directement liés à l'accident survenu en janvier 2019.

E. 16

Il convient donc d'examiner la question de la causalité des troubles présentés par le recourant. En l'occurrence, le 9 janvier 2019, alors qu'il se promenait, le recourant a chuté en arrière, de sa hauteur dans la neige, avec hyper-extension de la nuque, et a ressenti des douleurs cervico-brachiales avec irradiation dans le bras droit. Il a consulté le Dr C_____ le 16 janvier 2019 (cf. rapport du 16 janvier 2019), puis le Dr E_____ le 28 janvier 2019 (cf. rapport du 28 janvier 2019). Les médecins ayant examiné le recourant après cet accident s'accordent pour dire que le recourant présentait alors un trouble du rachis cervical associé à une hernie discale C6-C7 (cf. rapports des 16, 22 et 28 janvier 2019). Selon l'IRM du 22 janvier 2019, les corps vertébraux étaient d'aspect morphologiquement normal, aucun tassement ou glissement discal, ni œdème en territoire spongieux n'est constaté, seule la hernie discale latérale droite C6-C7, avec minime composante foraminale homolatérale et conflit radiculaire C7 et C8 homolatéral, était mise en évidence. S'agissant des hypothèses émises par le Dr K_____, à savoir un trouble du plexus, de la racine C7/C8 et du nerf cubital, rien n'indique, que celui-ci aurait été provoqué par l'accident, d'autant plus que le recourant n'a jamais spécifiquement fait valoir des plaintes en ce sens, ni au moment de la chute, ni par la suite et que rien de tel ne ressort des rapports initiaux. À cet égard d'ailleurs, la Dresse L_____ expose de manière convaincante qu'au vu de l'état presque asymptomatique en août 2019 et de la présence de lésions dégénératives au niveau de la

colonne cervicale, un bilan par électroneuromyogramme – lequel n'avait d'ailleurs pas été jugé utile par les Drs E_____ et C_____ dans la phase aiguë post-traumatique – à plus de deux ans de l'événement, n'était pas indiqué et ne donnerait pas d'informations concernant la causalité. Elle précise qu'un tel examen pourrait entretemps être même altéré par une compression foraminale chronique liée à la hernie discale. Selon elle, une IRM du plexus pourrait également être faite pour exclure une atteinte à ce niveau, mais l'absence de plaintes en faveur d'une atteinte du plexus et la distance de l'événement initial nuançaient la valeur probante d'un tel bilan. Force est donc de constater que les troubles présentés par le recourant à la suite de son accident, soit des troubles du rachis cervical, étaient associés à une hernie discale C6-C7. Le Dr H_____ et la Dresse L_____ considèrent que la hernie est d'origine dégénérative et qu'elle a été déstabilisée de façon temporaire par l'événement du 9 janvier 2019. La chambre de céans relève que si les appréciations du Dr H_____ sont lacunaires et peu fouillées, les explications de la Dresse L_____ sont, quant à elles, détaillées et convaincantes quant à l'origine de la hernie. Son avis, à l'instar

 de celui du Dr H_____, repose sur un diagnostic précis, soit une irritation radiculaire, probablement en C7 à droite, possiblement favorisée par la sténose foraminale, liée surtout à la hernie discale C6-C7 droite, lequel est cohérent et fondé au regard de l'examen IRM du 7 novembre 2019. La spécialiste relève en particulier que les troubles dégénératifs de la colonne cervicale – détaillés dans ledit rapport d'IRM – étaient en réalité déjà visibles sur l'IRM initiale du 22 janvier 2019 et, qu'à la suite du traitement initié par le Dr E_____, la symptomatologie du recourant avait nettement régressé, puisqu'il était presque asymptomatique jusqu'à début octobre 2019. Son avis est conforme aux observations faites en avril et en septembre 2019 par le Dr E_____. Du point de vue neurochirurgical, la Dresse L_____ explique que le bilan du Dr E_____, qui décrit que le recourant était quasi asymptomatique à sept mois de l'événement initial, est très cohérent avec la clinique d'une irritation radiculaire C7 dans le contexte de la présence d'une petite hernie discale dégénérative lors de l'événement. Pour ces raisons, elle considère que la suite du traitement en octobre 2019, avec une deuxième IRM, dix mois après l'événement initial et dans le contexte d'une hernie discale C6-C7 bien visible, stable et de localisation pré- et intra-foraminale droite, concerne, au degré de la vraisemblance prépondérante, des troubles dégénératifs de la colonne cervicale. La chambre de céans relève en outre que le recourant a présenté, déjà avant l'événement, une sensibilité dans la zone des cervicales et du bras droit (cf. rapport du 28 janvier 2019) et que l'événement traumatique a été relativement modeste, puisque le recourant a chuté en arrière dans la neige, certes avec hyperextension de la nuque, mais de sa propre hauteur (cf. rapports des 16 janvier et 28 janvier 2019). Pour qu'une hernie discale puisse être considérée comme étant due principalement à un accident, des conditions strictes sont exigées par la doctrine médicale, dont une anamnèse pré-traumatique vierge de tout symptôme et un traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, ce qui fait défaut in casu. Compte tenu de ce qui précède, l'avis de la Dresse L_____ n'apparaît pas critiquable. Il n'existe enfin pas d'avis au dossier propre à le remettre en cause. L'appréciation de la Dresse L_____ doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante, au contraire de l'avis du médecin généraliste du recourant, qui n'a pas exposé pourquoi les lésions seraient d'origine traumatique, ni n'a illustré ses propos au regard des conditions strictes exigées par la doctrine médicale pour retenir une hernie d'origine traumatique dans le cadre d'une chute, telle que celle subie par le recourant, étant encore précisé que les autres médecins traitants ne se sont pas prononcés en faveur de l'origine traumatique ou dégénérative de la hernie. En outre, selon l'expérience

médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou

A/2823/2020 - 18/19 - d'hyperflexion (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 332/03 du 3 janvier 2005 consid. 2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Il sied encore de rappeler que, selon la jurisprudence, ce n'est que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme, que l'on peut admettre une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2), ce qui n'est pas davantage le cas de l'IRM du 22 janvier 2019. Au vu de ce qui précède, il sied de retenir, sur la base de l'avis de la Dresse L_____, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la hernie discale a été décompensée, et non pas provoquée par l'événement du 9 janvier 2019, de sorte que la présomption jurisprudentielle s'applique. La décision litigieuse, en tant qu'elle se fonde sur l'avis médical d'une spécialiste dont la valeur probante a été reconnue ci-avant et qu'elle est conforme à la jurisprudence applicable en la matière, ne prête pas le flanc à la critique. Le recourant a requis la mise en œuvre d’une expertise judiciaire. Cette mesure d'instruction ne s’avère pas pertinente au vu de ce qui précède, de sorte que la chambre de céans n’y donnera pas suite, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il convient de rappeler que, dans la procédure d’octroi de prestations d’assurances sociales, il n’existe un droit formel à la mise en œuvre d’une expertise médicale qu’en cas de doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l’assurance (ATF 135 V 465 consid. 4), ce qui n’est pas le cas en l'espèce. L'on constatera encore que l'intimée a mis un terme à ses prestations un an après la survenance de l'événement, de sorte qu'elle a appliqué le délai maximum prévu par la présomption jurisprudentielle, favorablement au recourant. Eu égard à ce qui précède, la décision litigieuse, par laquelle l’intimée a mis un terme à ses prestations au-delà du 13 janvier 2020 en retenant que les troubles présentés par le recourant n’étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l’accident du 9 janvier 2019, ne peut qu’être confirmée.

E. 17

Le recours sera rejeté.

E. 18

Pour le surplus, la procédure est gratuite. * * * * * *

A/2823/2020 - 19/19 - 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.