

GE_GERICHTE ATAS/1398/2012 vom 21. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1398_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1398/2012 du 21 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1398/2012 del 21 novembre 2012

Erwägungen

E. 23

Selon la détermination sur l'expertise judiciaire du Dr E_____ du 6 octobre 2009, une discopathie ne peut pas engendrer des céphalées diffuses et des céphalées qualifiées d'une intensité de 9/10 ne sont décrites que lors de pathologies généralement hémorragiques ou infectieuses intra-crâniennes. De telles céphalées devraient en outre entraîner des troubles neurovégétatifs et une réaction à la douleur qui est évidente pour l'observateur, ce qui n'apparaît nulle part dans l'expertise judiciaire. Le Dr E_____ déclare que "Toute la subjectivité et la variabilité qui empoisonnent l'examen de votre assuré ne nous induisent pas à prendre pour argent comptant ses plaintes". Par ailleurs, si le recourant était sous médication au moment de l'examen, les plaintes seraient encore moins crédibles. Le Dr E_____ estime aussi que l'évolution temporelle entre l'accident et ses suites est discordante et considère que le changement de la nature des plaintes, leur aggravation et leur imprécision ne sont pas conformes à l'histoire naturelle des suites d'un accident de ce type. Selon le Dr E_____, il y a lieu d'admettre une structure de personnalité particulière préexistante, susceptible de développer une histoire subjective, imprécise, excessive et dont le flou permet des interprétations apparemment diamétralement opposées par les neurologues, pourtant avertis. Il s'étonne en outre que l'aspect médicamenteux du problème de l'assuré, ainsi que la diversité des traitements et leurs indications, leur posologie et leurs effets secondaires ne soient pas discutés par le Dr J_____. Un geste chirurgical de fixation du segment C5-C6 serait une erreur dans son indication et n'apporterait aucun bénéfice à long terme à l'assuré.

E. 24

Par arrêt du 16 décembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) admet le recours et met le recourant au bénéfice des indemnités journalières à compter du 1er janvier 2008, ainsi que de prestations médicales en rapport avec les lésions consécutives à l'accident, au sens des considérants.

E. 25

Par arrêt du 22 novembre 2010, le Tribunal fédéral annule le jugement précité et renvoie la cause à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire. Il retient notamment que « Devant le caractère nouveau de l'examen pratiqué par le docteur K_____ et qui va à l'encontre du bilan concordant posé par les autres praticiens, la Cour de céans n'est pas en mesure de se faire une opinion sur le point de savoir si la discographie est une méthode d'examen scientifiquement prouvée et fiable pour statuer sur la causalité". Il estime également peu claires les raisons

A/2197/2012 - 12/22 - objectives qui conduisent le Dr J_____ à faire état d'une inaptitude totale à l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, alors qu'il décrit par ailleurs un examen clinique pratiquement normal, si ce n'est la présence d'un discret syndrome cervical.

E. 26

En mars et avril 2011, le recourant est soumis à une expertise rhumatologique, psychiatrique et neurologique au Bureau d'expertises médicales (BREM). Dans leur rapport, les experts retiennent les diagnostics suivants : agoraphobie avec trouble panique, trouble sévère ; dysthymie, trouble d'intensité modérée ; acouphènes bilatéraux sur traumatisme acoustique accompagnés d'une surdité de perception bilatérale légère atteignant uniquement les hautes fréquences ; cervicarthrose débutante sans myélopathie ni radiculopathie ; trouble statique rachidien ; syndrome post-thrombotique du membre inférieur droit ; insuffisance veineuse bilatérale ; trouble statique des membres inférieurs ; vertiges mal systématisés ; obésité associée à une haute tension artérielle et un diabète de type II ; stérilité sur azoospermie anamnétique ; ronchopathie ; status après accident de moto et multiples fractures du membre inférieur gauche ; status après multiples contusions et possible traumatisme crânio-cérébral lors de l'accident d'août 2006. A l'exception des acouphènes et de la surdité, les experts ne mettent en évidence aucun autre trouble objectif en relation avec l'accident. Ces troubles sont toutefois compatibles avec l'ancien travail d'aide infirmier. La présence d'une cervicarthrose étagée modérée et d'une discrète insuffisance veineuse bilatérale ne justifie pas non plus d'arrêt de travail dans l'ancienne profession. Les experts n'ont pas d'explication, sur le plan somatique, des plaintes subjectives très importantes de l'assuré. Ils sont préoccupés par l'importante médication que celui-ci prend quotidiennement, ces médicaments ayant un risque d'effets secondaires sur la concentration, la fatigabilité, la capacité sexuelle et le poids et pouvant aggraver des sensations vertigineuses. L'expert psychiatre a mis en évidence une comorbidité avec dysthymie et surtout une agoraphobie accompagnée d'un trouble panique qui se sont installées sur le terrain des symptômes post-commotionnels et à la faveur de facteurs étrangers à l'accident. Ces symptômes subjectifs, additionnés progressivement aux troubles psychiques, n'ont pas permis la reprise de travail. Selon l'expert psychiatre, les troubles psychiques n'étaient cependant en relation de causalité naturelle avec l'accident que pendant une durée de deux ans au plus. En raison de ces troubles, l'incapacité de travail est de 50 %. Si l'assuré accepte de se battre contre ses troubles, on pourrait s'attendre à une augmentation de la capacité de travail à 50 % dans un délai de six mois. Les experts suggèrent d'envisager un sevrage progressif de la médication actuelle, ainsi qu'un traitement de type « SSRI » et éventuellement une démarche psychothérapeutique spécialisée. L'assuré doit être encouragé à reprendre la marche au quotidien, puis ses autres activités sportives dans le but d'une reprise professionnelle.

E. 27

Le 6 janvier 2012, l'assuré se détermine sur cette expertise, par l'intermédiaire de son conseil. Il conteste ses conclusions, selon lesquelles la symptomatologie

A/2197/2012 - 13/22 - douloureuse serait liée à une décompensation psychiatrique, laquelle n'est plus dans un rapport de causalité naturelle depuis le 5 août 2008. Il conteste également que la lésion discale soit dégénérative et non pas d'origine traumatique, selon les experts du BREM. Il s'étonne par ailleurs qu'ils n'ont pas jugé nécessaire d'associer à l'expertise un

antalgiste-anesthésiste ou un neuroradiologue susceptibles d'infirmier ou confirmer les opinions émises par le Pr K_____ et le Dr N_____. De ce fait, il estime que la valeur probante de cette expertise est réduite.

E. 28

Par décision du 9 mars 2012, l'assureur-accidents reconnaît devoir prester jusqu'au 5 août 2008. Il accorde par ailleurs à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % en raison des atteintes ORL, soit une somme de 5'340 fr. Il relève notamment que l'avis du Pr K_____ va à l'encontre de tous les autres confrères, comme relevé par le Tribunal fédéral. Quant à l'origine de l'atteinte discale, le BREM s'est prononcé en se référant à la littérature médicale citée par le Pr K_____. Le BREM a aussi relevé qu'on aurait pu s'attendre, dans le cas d'une lésion traumatique, à voir sur la première IRM des signes inflammatoires, un œdème sur les plateaux vertébraux C5-C6, ce qui n'était pas le cas. Ainsi, un lien de causalité ne pourrait être admis qu'en vertu du principe juridique « post hoc ergo propter hoc », ce qui est insuffisant selon la jurisprudence en la matière.

E. 29

Le 4 avril 2012, l'assuré forme opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en se référant à ses observations du 6 janvier 2012. Il maintient qu'à défaut de « bons spécialistes » le rapport du BREM ne contient aucune critique valable de l'opinion du Pr K_____ qui, faute d'une réfutation argumentée, n'en ressort que renforcée. Il relève en outre que la surexpertise reconnaît l'existence d'une déchirure interne du disque C5-C6. De ce fait, il soutient que la conclusion logique est d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre cette déchirure et l'accident, ainsi que ses douleurs cervico-céphaliques.

E. 30

Par décision du 12 juin 2012, l'assureur-accidents rejette l'opposition, en se fondant sur l'expertise du BREM.

E. 31

Par acte du 13 juillet 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières à partir du 5 août 2008, sous suite de dépens. Préalablement, il demande la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il maintient que la surexpertise a une valeur probante réduite, du fait que les experts ne se sont pas adjoint les compétences d'un antalgiste- anesthésiste ou d'un neuroradiologue susceptibles d'infirmier ou de confirmer les opinions émises par le Pr K_____ et le Dr N_____. A cet égard, il relève que l'experte rhumatologue, la Dresse O_____, reconnaît implicitement n'avoir des discographies, telles que pratiquées par le Pr K_____, qu'une connaissance livresque et non pratique. Elle admet par ailleurs la pertinence d'une discographie dans le cas en cause pour localiser le siège de la douleur et ainsi la

A/2197/2012 - 14/22 - zone d'une intervention chirurgicale éventuelle. Le BREM conforte ainsi le Pr K_____ sur le bienfondé tant de sa démarche que du constat posé. Le recourant en déduit qu'il n'est pas contesté que la symptomatologie douloureuse est d'origine discale. Du fait qu'il ne présentait aucun antécédent à caractère douloureux avant l'accident du 5 août 2006, il s'ensuit que la relation de cause à effet entre le traumatisme subi et la symptomatologie apparaît pour le moins probable, sinon certaine. Par ailleurs, même en admettant que la persistance et l'intensité des douleurs soient à l'origine d'une

décompensation sur le plan psychiatrique, cette décompensation n'est pas à l'origine des douleurs. La cause exclusive de celles-ci reste l'accident. Il estime également que le diagnostic de discarthrose banal émis par la Dresse O _____ constitue un postulat d'autant plus hasardeux qu'il est posé par une rhumatologue et non pas par un neuroradiologue. La protrusion discale diminuant le trou de conjugaison C6, mise en évidence par le rapport d'expertise du Dr J _____, n'est pas nécessairement d'origine dégénérative, mais pourrait être d'origine traumatique. Quant à la lourde médication, il la juge nécessaire pour lutter contre les fortes douleurs. Cela ne change cependant rien au fait que celles-ci sont d'origine traumatique, même si les effets du traitement médicamenteux seraient devenus avec le temps néfastes, ce qu'il conteste. Il s'étonne enfin que le BREM ait pu retenir que les douleurs persistantes depuis l'accident n'étaient subitement plus liées à ce dernier après l'écoulement de deux ans, soit jour pour jour dès le 5 août 2008.

E. 32

Dans sa réponse du 20 septembre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève que déjà le Tribunal fédéral avait mis en cause les conclusions du Dr J _____, se fondant sur les résultats de la discographie réalisée par le Pr K _____. En 2006, le radiologue P _____ avait aussi fait état, sur la base d'une IRM cérébrale et d'une IRM cervicale, d'un disque C5-C6 discrètement pincé avec une petite protrusion médiane faisant une discrète empreinte sur le sac dural sans aucun élément compressif, d'origine dégénérative. Selon les experts du BREM, qui ont procédé à de nouvelles imageries médicales, la fuite du produit de contraste, révélant une rupture de l'anneau fibreux, n'est pas une lésion grave, sans élément neurologique associé, si le disque ne donne pas lieu à une hernie. Selon l'expérience clinique, pour une lésion si mineure la guérison intervient, en l'absence d'autres anomalies objectives évidentes telle qu'une instabilité, un processus tumoral ou infectieux à l'origine de l'irritation. De telles anomalies ont été écartées par le BREM. De surcroît, il ressort de l'expertise que, alors que le patient était distrait, il a effectué un mouvement d'extension de la nuque complet, ainsi qu'une flexion de celle-ci sans limitation aucune. En se rhabillant, sa gestuelle était ample et sans restriction. Ainsi, le BREM a retenu que l'importance des handicaps énoncés n'était pas plausible, en se référant à l'examen clinique et à l'expérience générale. De surcroît, l'avis des experts du BREM se recoupe avec ceux des Drs E _____, H _____ et I _____. Enfin, l'intimée estime que la cause est en l'état d'être jugée et s'oppose à sa suspension.

A/2197/2012 - 15/22 -

E. 33

Par écriture du 1er octobre 2012, l'intimée réitère qu'elle s'oppose à la suspension.

E. 34

Par ordonnance du 16 octobre 2012, la Cour de céans rejette la requête de suspension et garde la chose à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si

le recourant présente, au-delà du 4 août 2012, une invalidité consécutive à son accident du 5 août 2006. 4. a) L'assurance-accidents est tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466, consid. 1 p. 467). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou 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 : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur l'adage

A/2197/2012 - 16/22 - "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341). En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Dans un arrêt du 19 février 2008 publié aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a encore précisé sa jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. c) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité

naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer

A/2197/2012 - 17/22 - les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007). d) Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a). Ceci vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance. En ce qui concerne les troubles psychiques apparaissant dans de tels cas, il ne doit pas s'agir de simples symptômes du traumatisme vécu, mais bien d'une atteinte à la santé (secondaire) indépendante, la délimitation entre ces deux situations devant être faite notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets qui ne sont pas liés à l'accident et du déroulement temporel (RAMA 2001 n° U 412 p. 79). Récemment, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109). Il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer, une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). 5. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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

A/2197/2012 - 18/22 - 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). 6. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 352 consid. 3a). 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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 7. En l'espèce, suite au renvoi de la cause à l'intimée, le recourant a été soumis à une surexpertise par les Drs O _____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne, Q _____, psychiatre, R _____, neurologue et S _____, spécialiste ORL et chirurgie cervico-faciale. Au terme de leur expertise particulièrement fouillée et complète (91 pages), les experts arrivent à la conclusion que seuls les acouphènes bilatéraux sur traumatisme acoustique et une surdité légère sont encore en rapport avec l'accident de 2006. Sur le plan psychiatrique, ils constatent que le recourant a développé, dans les suites de l'accident, une agoraphobie avec trouble panique, trouble sévère et une dysthymie, trouble d'intensité modérée. Selon le Dr Q _____ ces atteintes justifient une incapacité de travail de 70 %. Les troubles psychiatriques sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident pendant deux ans au plus à partir de la survenance de celui-ci. Le recourant conteste en premier lieu la valeur probante de la surexpertise, dans la mesure où elle ne s'est pas adjoint les compétences d'un antalgiste-anesthésiste ou

A/2197/2012 - 19/22 - d'un neuroradiologue susceptibles d'infirmer ou de confirmer les opinions du Pr K _____ et du Dr N _____. Toutefois, la Dresse O _____ a pris connaissance de la littérature citée par le Pr K _____. Elle reconnaît la pertinence des techniques utilisées par le Pr K _____ pour s'assurer les niveaux à opérer et pour établir que le patient présente bel et bien comme cause unique de sa douleur une zone lésionnelle pouvant être approchée chirurgicalement. Ces techniques permettent également de mieux cibler les infiltrations. Toutefois, selon la Dresse O _____, les auteurs de la doctrine médicale n'affirment pas que ces techniques permettent d'identifier qu'un niveau lésionnel puisse être mis en relation de causalité avec une atteinte traumatique, dégénérative, infectieuse ou tumorale. Les auteurs estiment que d'autres examens complémentaires sont nécessaires pour répondre à cette question. Or, en l'occurrence, les examens très poussés avec des radiographies, un scanner et des IRM n'ont pas montré des lésions post-traumatiques évidentes qui pourraient conforter les conclusions de la discographie.

L'experte rhumatologue explique à cet égard qu'on aurait dû s'attendre, en cas de lésion post-traumatique, à voir sur la première IRM des signes inflammatoires, un œdème sur les plateaux vertébraux C5-C6, ce qui n'était pas le cas. Elle a par ailleurs relaté avoir observé, dans le cas de cervicalgies ou de lombalgies communes d'origine dégénérative discale, une fuite du produit de contraste notamment lorsqu'elle devait utiliser une certaine pression pour injecter le disque. En l'absence de toute donnée de la littérature médicale confirmant que la discographie est un examen de choix pour identifier une lésion traumatique, il lui paraît difficile de mettre en relation une fuite de produit lors de la discographie à la notion d'un traumatisme. Elle n'est pas non plus convaincue que l'ensemble du tableau clinique découle de cette fuite discale et soit relié uniquement au niveau C5-C6, après avoir eu une discussion de synthèse avec l'expert neurologue qui partage ses doutes. Elle n'a ainsi pas trouvé de manifestation cellulalgique, myalgique, téno-périostée de l'étage C5-C6. En outre, s'il est unanimement reconnu qu'une rupture de l'anneau par hernie discale provoque une pression mécanique irritative et la libération de substances chimiques émanant du disque, fortement irritatives pour les structures neuroméningées et pouvant donner lieu à des céphalées, ces signes irritatifs s'atténuent plus ou moins rapidement avant de s'amender, une fois l'inflammation levée chimiquement ou chirurgicalement. Si la discographie permet de les réveiller, cela ne peut expliquer leur persistance sur plusieurs années d'évolution. De surcroît, aucune hernie discale n'a été mise en évidence en l'occurrence. Une fuite du produit de contraste révélant une rupture de l'anneau fibreux n'est pas non plus une lésion grave sans élément neurologique associé et sans la présence d'une hernie. Pour une lésion si mineure, une guérison intervient, en l'absence d'autres anomalies objectives évidentes, tels qu'une instabilité, un processus tumoral ou infectieux à l'origine de l'irritation. De tels éléments font défaut chez le recourant. L'IRM effectuée n'a en effet pas démontré une lésion de l'étage C5-C6 spécifique qui aurait pu évoluer.

L'experte

A/2197/2012 - 20/22 - relève enfin ne pas comprendre sur quelle référence se fonde le Pr K_____ en ce qu'il estime que d'autres causes que l'accident ne puissent expliquer les plaintes et qu'il n'existe pas de maladie discale dégénérative, pourtant prouvée lors des diverses IRM. Pour ces raisons, l'experte écarte l'avis de ce médecin et retient le diagnostic de discarthrose banale, dégénérative. Les décompensations des cervicarthroses par traumatisme sont par ailleurs de bons pronostics. La situation aurait dû s'améliorer avec le traitement symptomatique et avec le temps. Une évolution aussi longue, une telle résistance thérapeutique, une extension du syndrome douloureux à distance du disque est inhabituelle d'observer, selon l'expérience clinique de ces troubles de l'experte. Sur le plan de médecine interne et sur le plan ostéoarticulaire, il n'y a dès lors pas d'explication biomécanique évidente, selon l'experte. Il appert de ce qui précède que la Dresse O_____ s'est livrée à une analyse approfondie de la doctrine médicale au sujet de la discographie, pour s'écarter des conclusions du Pr K_____. Les griefs du recourant au sujet de la valeur probante de l'expertise ne sont donc pas fondés. Les conclusions de la Dresse O_____ sont également corroborées par l'expert neurologue qui relève que les documents d'octobre 2006 ne révèlent aucune lésion traumatique au niveau du disque. L'examen neurologique est parfaitement normal. Il n'y a notamment pas d'anomalie radiculaire rendant vraisemblable une souffrance C5-C6. Par ailleurs, un syndrome cervical par accélération-décélération s'améliore spontanément dans les deux ans. L'expert neurologue estime que les expertises précédentes sont convaincantes hormis celle du Dr J_____ qui a attribué beaucoup trop d'importance aux constatations de la discographie. Selon les renseignements que

l'expert neurologue du BREM a pris auprès des différents neurochirurgiens, cette procédure engendre des douleurs locorégionales mais pas d'irradiation à l'ensemble de la tête. Une telle présentation entre dans le cadre d'une diminution des seuils de sensibilité à la douleur, ce qu'a démontré également l'expertise du BREM. Il apparaît ainsi que l'avis du Pr K_____ est isolé. Cela étant, la Cour de céans n'a aucune raison de mettre en doute les conclusions des experts du BREM sur le plan orthopédique et neurologique, lesquelles paraissent très convaincantes. Le recourant soutient également que le lien de causalité naturelle doit être admis en vertu de l'adage post hoc ergo propter hoc, n'ayant souffert d'aucun symptôme douloureux avant l'accident. Cependant, comme relevé ci-dessus, ce principe ne peut être retenu pour l'appréciation du lien de causalité, selon la jurisprudence constante en la matière. En ce qui concerne les troubles psychiques liés à l'accident, une causalité naturelle n'a été admise que pendant deux ans. Il est à cet égard à relever qu'il

A/2197/2012 - 21/22 - s'agit évidemment d'une appréciation de la durée maximale admissible, ce qui explique qu'une date de deux ans après l'accident, jour pour jour, soit retenue à ce titre. Le recourant ne faisant pas valoir que les troubles psychiques en rapport avec l'accident justifient une invalidité plus longue, dès lors qu'il conteste l'existence de tels troubles, et dans la mesure où l'intimée se rallie aux conclusions du BREM, il n'y a pas lieu d'examiner le bien-fondé des conclusions de l'expert psychiatre. Avec les experts du BREM, la Cour de céans retiendra ainsi que le recourant ne présente plus d'incapacité de travail en relation avec l'accident deux ans après la survenance de celui-ci. L'intimé était ainsi fondé à mettre fin à ses prestations le 5 août 2008. 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 9. La procédure est gratuite.

A/2197/2012 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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