

GE_GERICHTE ATAS/307/2020 vom 27. April 2020

GE Cour de justice, 2020-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_307_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/307/2020 du 27 avril 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/307/2020 del 27 aprile 2020

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

Pour le surplus, la recevabilité du recours ayant fait l'objet d'un arrêt incident rendu le 16 mars 2020 (ATAS/224/2020), il y sera renvoyé.

E. 3

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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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 avant cette date, le droit du recourant 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 ; ATAS/335/2019 du 23 avril

A/2412/2019 - 9/19 - 2019 consid. 3). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance accident pour la rechute qu'il a annoncée le 5 octobre 2017. Il s'agit en particulier de déterminer si les atteintes ayant motivé son annonce de rechute sont en lien de causalité avec l'accident du 15 avril 2016.

E. 6

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

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.

A/2412/2019 - 10/19 -

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 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 ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 9

a. 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 p. 75 consid. 4b ; 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). b. Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). c. 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. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la

A/2412/2019 - 11/19 - hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, 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). Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : une chute dans un escalier n'est

pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15% environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n° K 703 p. 473 et ss, consid. 2b) ; lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n° K 849 p. 325).

E. 10

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

A/2412/2019 - 12/19 - ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 11

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 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 12

a. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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).

A/2412/2019 - 13/19 - 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). c. 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. Etant 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). 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). d. 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 p. 346 consid. 3d). 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. 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

A/2412/2019 - 14/19 - consid. 3a ; 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. 13

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. 14

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, p. 220 consid. 4). 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). 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 p. 327 consid. 1 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

A/2412/2019 - 15/19 - naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

E. 15

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 16

a. En l'espèce, il est établi que le recourant a été victime d'un premier accident le 15 avril 2016, dont les suites ont été prises en charge par l'intimée, ce jusqu'au 4 juillet 2016, date à laquelle il a recouvré une capacité de travail entière. L'IRM pratiquée alors avait mis en évidence des discopathies protrusives des trois derniers disques, prédominante en L5-S1, avec petite hernie médiane au contact des deux racines S1. Le recourant se prévaut d'une période de reprise des douleurs dans le fessier et la jambe droits, pour lesquelles il a à nouveau consulté en octobre 2017. Une nouvelle IRM a été pratiquée, mettant en évidence une discopathie protrusive L3- L4 et des hernies discales latéralisées à gauche en L4-L5 et à droit en S5-S1. Selon le rapport du Dr G_____ du 20 décembre 2017, l'IRM de novembre 2017 objectivait la discopathie L3-L4 déjà connue, l'apparition d'une hernie L4-L5 qui n'existait pas en 2016, et la majoration de la discopathie médiane L5-S1, qui pouvait peut-être comprimer davantage la racine du côté droit et expliquer la douleur de ce côté. Il existait selon lui une dégradation de ses discopathies, à la fois L4-L5 et L5-S1, sans facteur déclenchant évident. L'intimée s'est fondée sur les avis de son médecin d'arrondissement pour refuser d'intervenir pour les troubles annoncés. Ses deux premiers avis, datant des 13 novembre et 11 décembre 2017, tiennent sur une ligne, de sorte qu'ils ne sauraient se voir accorder une valeur probante. Celui du 16 janvier 2018 prend en considération les pièces médicales essentielles, relate les plaintes du recourant et contient une conclusion, qui, quoique succincte, est motivée. Il répond dès lors aux prérequis jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante. Dans cette appréciation, le Dr E_____ retient, s'agissant de la causalité naturelle, que celle-ci serait tout au plus possible, étant donné l'atteinte pluri-étagée au niveau du rachis lombaire et la latence entre la reprise du travail et la rechute, qui révèle un intervalle libre de plus d'une année. Pour contester cet avis, le recourant se prévaut notamment du rapport du Dr G_____, lequel a retenu qu'il y avait probablement une certaine relation entre les

A/2412/2019 - 16/19 - discopathies de 2016 et 2017, et qu'il n'était dès lors pas impossible que l'accident de travail ait contribué à dégrader celles-ci. Dans son rapport LAA du 25 octobre 2017, la Dresse D_____ a seulement mentionné que les lombo-sciatalgies seraient une rechute de l'accident. Elle n'en dit pas plus dans son rapport subséquent du 3 décembre 2017. Quant au Dr F_____, il a simplement retenu le diagnostic de hernie discale L4-L5 gauche et L5-S1 droite conflictuelle, sans se prononcer sur sa cause. Le rapport du Dr G_____ consiste ainsi en la seule appréciation médicale figurant au dossier, autre que celle du médecin d'arrondissement de l'intimée, se prononçant sur le rapport de causalité entre l'accident du 15 avril 2016 et les affections dont souffre le recourant. Or, la qualification de « pas impossible » retenue par le Dr G_____ n'est pas suffisante pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable à l'appréciation des preuves en assurance

sociales, l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et les nouveaux troubles déclarés. Dans le cadre de la présente procédure, l'intimée a pour le surplus demandé une nouvelle appréciation médicale à un autre médecin d'arrondissement, le Dr I_____, lequel a retenu que la causalité naturelle était au plus possible. Son avis est motivé de façon convaincante. Il tient compte des plaintes du recourant, de tous les documents médicaux figurant au dossier, et ses conclusions sont clairement motivées. Une valeur probante doit dès lors également lui être reconnue. Le Dr I_____ a en particulier retenu, sur la base des documents d'imagerie et des divers rapports médicaux, que l'événement n'avait pas créé les lésions, et n'avait pu ni les décompenser, ni les aggraver, compte tenu de l'écoulement du temps survenu entre celui-ci et la rechute, dix-sept mois plus tard. À cet égard, les allégations du recourant sur le temps écoulé entre l'accident et les premiers symptômes, qui se seraient prétendument manifestés déjà avant le mois de septembre 2017, ne sont étayés par aucun document. Par ailleurs, selon la jurisprudence précitée, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois lorsqu'il s'agit de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique. S'agissant d'une hernie discale, une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant doit être considérée comme étant terminée après six à neuf mois, ou au plus tard un an après un accident. En l'espèce, même à retenir une manifestation des premiers symptômes déjà avant le mois de septembre 2017, plus d'une année s'est écoulée entre l'accident d'avril 2016 et la rechute. Le recourant n'a enfin produit aucun rapport circonstancié permettant de contredire l'appréciation du Dr I_____ ou celle du Dr E_____. Il a indiqué, dans sa réplique du 3 décembre 2019, avoir sollicité un rapport complémentaire de la Dresse D_____, mais il n'a pas produit ledit rapport, ni indiqué l'avoir reçu, dans son écriture spontanée du 13 février 2020. Or, conformément à la jurisprudence susmentionnée, c'est à l'assuré qu'il incombe d'établir, au degré de la

A/2412/2019 - 17/19 - vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. b. Le recourant se fonde ensuite sur sa prétendue absence d'antécédents rachidiens pour tenter d'établir un lien de causalité entre ses troubles et l'accident du 15 avril 2016. Il se prévaut à cet égard du rapport du Dr F_____ du 20 novembre 2017 – lequel a indiqué qu'il n'observait pas de signe en faveur d'un syndrome rachidien ni de déficit radiologique –, du rapport du Dr C_____ du 27 mai 2016 – lequel a précisé qu'il était sans antécédents rachidiens douloureux –, ainsi que du rapport d'IRM du 29 avril 2016, dans lequel il était indiqué que l'aspect de la protrusion semblait plutôt récent, vraisemblablement post-traumatique. Or, il ressort du rapport du Dr G_____ du 20 décembre 2017 que le recourant souffrait du dos de longue date, et qu'il avait pour cette raison consulté en 2011 le Dr H_____, de la même clinique. De son côté, le Dr C_____, qui auscultait le recourant pour la première fois en 2016, n'a pu se fonder que sur les dires de ce dernier pour retenir qu'il n'avait pas d'antécédents rachidiens douloureux. S'agissant du terme « post-traumatique » employé dans le rapport d'IRM d'avril 2016, il ressort de la jurisprudence susmentionnée que le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. 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. On ne saurait dès lors se baser sur les seuls termes de « post-traumatiques » employés dans le rapport d'IRM pour retenir que le recourant n'aurait pas eu d'antécédents rachidiens. À cet égard, il sied de préciser que le Dr C_____ a indiqué, à propos de ce rapport d'IRM d'avril 2016, qu'il n'avait pas noté de pathologie

traumatique. Au vu de ces éléments, l'on ne saurait considérer que le recourant n'aurait eu, comme il le soutient, aucun antécédent rachidien douloureux. Partant, il ne peut se fonder sur cet élément pour tenter d'établir un lien de causalité entre les troubles déclarés et l'accident du 15 avril 2016. Au vu de ce qui précède, il n'y a aucun élément dans le dossier permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles déclarés par le recourant, et pour lesquels il a à nouveau consulté en octobre 2017, seraient en lien de causalité avec l'accident du 15 avril 2016.

E. 17

Dans son écriture spontanée du 13 février 2020, le recourant soutient que l'intimée aurait violé son devoir d'instruction en rendant une décision sans avoir tous les éléments médicaux à disposition. Il estime que le courrier du 13 novembre 2017, qui lui refusait des prestations, aurait dû être rédigé sous forme de décision. En rendant ainsi une décision le 13 novembre 2017 sans se baser sur aucun nouvel élément médical depuis l'accident du 15 avril 2016, l'intimée aurait violé son devoir d'instruction.

A/2412/2019 - 18/19 - Or, ledit courrier du 13 novembre 2017 n'est aucunement une décision, et n'avait pas à être rédigé comme tel. Si l'on peut questionner l'attitude de la SUVA, qui a ainsi rapidement pris position sur la base du seul rapport médical LAA de la Dresse D_____ du 25 octobre 2017, il ressort du dossier que la SUVA a ensuite transmis les nouveaux éléments médicaux à son médecin d'arrondissement, qui s'est prononcé les 11 décembre 2017, puis 16 janvier 2018. Ce n'est ainsi qu'après avoir eu des informations complémentaires de la Dresse D_____ et le rapport de l'IRM effectuée en novembre 2017 que le médecin d'arrondissement s'est prononcé de manière circonstanciée sur l'existence ou non d'un lien de causalité entre les troubles déclarés et l'accident du 15 avril 2016, et que l'intimée a finalement rendu une décision sujette à opposition. Partant, l'intimée ne saurait se voir reprocher une violation de son devoir d'instruction.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision litigieuse confirmée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2412/2019 - 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.