

## **GE\_GERICHTE ATAS/503/2016 vom 28. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_503\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_503_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/503/2016 du 28 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/503/2016 del 28 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

a. 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), la décision attaquée étant une décision sur opposition de la SUVA mettant un terme à des prestations prévues par la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

#### **E. 2**

a. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de la part de l'intimée au-delà du 28 février 2015 (donc dès le 1er mars 2015) pour l'accident qu'il a subi le 2 décembre 2014. Il doit être tranché au regard de la LAA

A/3520/2015 - 10/20 - et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions de 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). b. Il sied de préciser que le paiement d'indemnités journalières en faveur du recourant pour le mois de février 2015 n'est pas contesté en tant que tel, car, dans la décision attaquée (qui est la décision sur opposition du 15 septembre 2015, comme d'ailleurs dans la décision du 30 avril 2015, à laquelle la décision attaquée s'est substituée), l'intimée ne lui a nié le droit à des indemnités journalières que dès le 1er mars 2015. Si elle ne lui a pas – ou pas encore – versé d'indemnités journalières pour février 2015, c'est pour le motif qu'elle aurait déjà trop versé d'indemnités journalières en sa faveur en décembre 2014 et janvier 2015 dans l'hypothèse – encore en voie d'élucidation – où il n'aurait été engagé qu'à 30 % et non à 100 % chez son employeur du temps de l'accident précité, et donc qu'elle invoquerait dans ce cas compensation avec les indemnités journalières qu'elle lui devait pour février 2015. c. L'intimée n'ayant pas rendu de décision sur le taux d'engagement qu'elle reconnaissait au recourant pour la période considérée, cette question ne saurait faire l'objet du présent

recours. Le recours n'est pas recevable en tant qu'il comporte une conclusion et une (certes très brève) argumentation portant sur cette question. d. Le recours ne porte pas non plus sur le point de savoir si le recourant a droit à la prise en charge de ses frais médicaux postérieurement au 1er mars 2015 en lien avec l'accident du 2 décembre 2015. e. Sous ces réserves, il y a lieu d'entrer en matière sur le recours.

### **E. 3**

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation 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 ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

A/3520/2015 - 11/20 - c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

### **E. 4**

a. 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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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

A/3520/2015 - 12/20 - vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). d. Lorsqu'il y a un lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prêter de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). e. Lorsqu'un état maladif préexistant (fût-il dégénératif de précédents accidents non couverts par l'assureur-accidents) est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des

prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à

A/3520/2015 - 13/20 - 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). 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 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

## **E. 5**

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces

A/3520/2015 - 14/20 - différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4

janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant

A/3520/2015 - 15/20 - précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 6**

a. En l'espèce – quand bien même leur bien-fondé se trouvera confirmé par une appréciation médicale ultérieure substantielle –, les deux avis médicaux exprimés respectivement les 2 février et 27 avril 2015 par les médecins d'arrondissement de l'intimée, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, peuvent apparaître comme ayant été trop

sommaires. S'agissant du premier, il s'appuyait de surcroît sur le peu d'éléments disponibles pour tirer la conclusion, non que l'instruction devait être complétée, mais qu'aucune incapacité de travail n'était justifiée. Quant au second, il niait une persistance d'une incapacité de travail dès le 1er mars 2015, en soulevant la contradiction consistant, pour le médecin traitant, à invoquer une aggravation de l'état de santé du recourant mais à ne pas entreprendre d'examen complémentaires, sans que le médecin traitant ne soit invité à motiver son avis de façon plus substantielle. Il faut concéder à ce dernier égard que l'intimée avait fait savoir à ce dernier, lors d'un entretien téléphonique avec son assistante, le 19 mars 2015, que s'il prolongeait à nouveau le constat d'une totale incapacité de travail du recourant, il lui faudrait en expliquer les raisons par écrit ; et ensuite, ledit médecin traitant avait donné la mesure – faible – de la motivation qu'il était d'accord ou capable de fournir, par une attestation du 23 avril 2015, se bornant à affirmer que le recourant avait été à sa consultation le 2 décembre 2014 pour une urgence suite à une chute sur le dos, que son état de santé avait nécessité une incapacité de travail de 100 % depuis cette date et que sa situation s'était aggravée progressivement, nécessitant des soins et des consultations multiples (ce qui ne représente nullement un « rapport médical détaillé », contrairement à ce que prétend l'assuré). L'intimée n'en aurait pas moins dû exiger de l'assuré la production de rapports médicaux plus substantiels, répondant aux questions pertinentes propres à mettre en lumière, autrement que par une affirmation, l'existence ou l'absence d'un lien de causalité entre l'accident considéré et les lésions invoquées. Les deux médecins d'arrondissement précités ont en revanche émis, le 1er juin 2015, une appréciation médicale mieux motivée, quoique encore succincte. Ils se sont en effet fondés non seulement sur les pièces initiales du dossier, mais aussi sur les différents documents médicaux joints à l'opposition du recourant, qui leur ont permis de retenir que les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale que ceux-ci paraissaient établir n'étaient pas la conséquence de l'accident du 2 décembre 2014,

A/3520/2015 - 16/20 - d'une part, et que l'aggravation relevée par le médecin traitant, se manifestant par des troubles neurologiques du membre inférieur, ne pouvait être imputable à cet accident au regard de critères médicaux indiqués (dont la pertinence n'a pas été remise en cause) et des caractéristiques dudit accident. De plus, contrairement à ce que le recourant prétend, ils n'ont pas estimé, au moment d'émettre leur avis, qu'il fallait faire un examen neurologique, mais ont regretté qu'il n'en ait pas été fait antérieurement. b.

L'appréciation médicale faite par le Dr J\_\_\_\_\_ le 16 novembre 2015 non seulement émane d'un spécialiste de la discipline médicale pertinente (à savoir de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie de l'appareil locomoteur), mais aussi est substantielle, se base sur une étude fouillée du cas, prend en compte et analyse les faits pertinents du dossier et les différents avis médicaux émis, et comporte des conclusions dûment motivées. D'un point de vue formel, on ne saurait dénier force probante à cette appréciation médicale, ni du fait qu'elle émane d'un médecin de l'intimée, ni du fait qu'elle a été établie postérieurement au dépôt du recours. À ce stade de la procédure, antérieur au dépôt de la réponse au recours, l'intimée était en droit même de reconsidérer la décision attaquée si elle estimait que cette dernière était erronée (art. 53 al. 3 LPGA) ; elle pouvait donc faire faire une nouvelle appréciation du cas (y compris, si elle l'avait estimé utile, de nouvelles investigations), puis en produire le résultat, et en tout état soumettre les documents médicaux joints au recours à l'appréciation de ses médecins (comme les assureurs le peuvent d'ailleurs même encore par la suite de la procédure à propos de nouvelles pièces qui seraient versées au dossier). Le recourant a eu la possibilité de se prononcer sur ce rapport, puisque l'occasion lui a été

donnée de présenter une réplique puis encore, après la duplique de l'intimée, des observations. L'appréciation médicale dudit spécialiste de l'intimée doit se voir reconnaître force probante d'un point de vue matériel, d'autant plus qu'elle ne s'inscrit pas en contradiction avec des pièces probantes du dossier. c. Le médecin traitant du recourant est en réalité le seul, dans cette affaire, à soutenir que le recourant a été en incapacité de travail en raison de l'accident considéré à 100 % au-delà du 1er mars 2015, jusqu'au 4 octobre 2015, puis à 50 % pour une durée restant indéterminée. Et encore ne le fait-il pas catégoriquement, cultivant le flou entre l'indication de lésions estimées incapacitantes et la détermination de leur origine, donc de leur imputation audit accident, en particulier en laissant sans réponse la question, émanant apparemment du recourant en prévision du dépôt de son recours, de savoir si « les plaintes, les lésions, les troubles, les affections constatés sont dus à l'accident de manière certaine (100 % dû à l'accident), probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou seulement possible (moins de 50 % dû à l'accident) », même s'il affirme qu'il n'y avait « pas, parallèlement aux suites dudit accident, d'autres maladies, états maladifs ou encore d'autres états ou suite d'autres accidents influençant son état de santé. »

A/3520/2015 - 17/20 - Ni le radiologue F\_\_\_\_\_, ni le neurologue I\_\_\_\_\_ n'ont, d'une quelconque façon, émis d'avis ni a fortiori fait d'affirmation quant à l'origine des lésions que, le cas échéant, ils constataient chez le recourant, en particulier ne les ont attribuées à l'accident du 2 décembre 2012 (sauf à relever, a contrario à cet égard-ci, que le Dr F\_\_\_\_\_ a mentionné la mise en évidence, par les examens effectués, de troubles dégénératifs, une discrète sclérose et une discrète scoliose), ni non plus quant à l'impact des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail du recourant. De surcroît, le médecin traitant du recourant n'a pas motivé son avis. Celui-ci tient en des affirmations, qui ne parviennent pas à ébranler le caractère convainquant de l'appréciation médicale du spécialiste de l'intimée. d. Il est vrai que ce dernier n'a pas examiné personnellement le recourant, mais s'est prononcé sur la base des pièces du dossier. Ce dernier était toutefois complet lorsque ledit spécialiste s'est prononcé ; notamment les rapports d'imagerie du Dr F\_\_\_\_\_ et le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ s'y trouvaient. Il n'apparaît pas qu'un examen personnel du recourant était en l'occurrence susceptible, au degré de vraisemblance prépondérante, de modifier l'appréciation fiable qu'un tel spécialiste pouvait se faire des questions litigieuses du lien de causalité entre l'accident considéré et les troubles présentés ainsi que, à supposer qu'un tel lien ait jamais existé, d'un retour au statu quo ante ou au statu quo sine. Le Dr J\_\_\_\_\_ a d'ailleurs dûment motivé son appréciation.

## **E. 7**

a. Pour déterminer si l'intimée était et restait tenue de verser des indemnités journalières au recourant (au-delà du 1er mars 2015) du fait de l'accident du 2 décembre 2014, il importe, déjà pour l'appréciation médicale de la question (à savoir celle, factuelle, de l'existence d'un rapport de causalité naturelle), de connaître les circonstances de l'accident. Au regard de la déclaration d'accident mais aussi en considération des examens médicaux qui ont ensuite été effectués, il se justifie de retenir que le recourant, s'étant emmêlé le pied droit dans un crochet alors qu'il était en train d'attacher des pièces d'armature sur un chantier, a glissé et est tombé sur le dos, et s'est fait mal au dos, au bras droit et à la tête (celle-ci étant cependant protégée par le casque qu'il portait), et qu'ainsi – ainsi que l'a relevé le Dr J\_\_\_\_\_ (comme l'avaient déjà fait les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_) – il avait fait une chute de sa hauteur à faible vitesse et basse énergie. Le recourant paraît s'insurger de cette version des faits, mais il n'en propose pas une autre. Les lésions potentielles avaient bien été

localisées au niveau du coude droit, de l'épaule droite et de la colonne thoracique, ainsi que l'atteste le fait que le bilan radiographique qu'il a été estimé finalement nécessaire de faire deux jours plus tard a été ciblé sur cette partie du corps. Le besoin ne s'est pas fait sentir avant sept semaines de faire une IRM lombaire et des radiographies cervicales, examens qui n'ont pas mis en évidence de lésions d'origine traumatique.

A/3520/2015 - 18/20 - C'est ainsi de façon convaincante que le Dr J\_\_\_\_\_ a retenu que l'accident considéré avait généré une symptomatologie dorsale, mais pas cervicale ni lombaire, et donc qu'il a écarté le diagnostic posé ultérieurement par le médecin traitant d'une contusion lombaire en tant que ce dernier la rattachait audit accident. b. Le bilan radiographique du 4 décembre 2014 n'ont pas révélé de lésion post-traumatique au niveau du coude droit ni mis en évidence d'anomalie significative au niveau de la colonne dorsale et de l'épaule droite, en particulier pas de fracture ou de luxation. c. Quant aux examens faits sept semaines plus tard par le Dr D\_\_\_\_\_, ils avaient mis en évidence d'une part une dégénérescence discale L5-S1 avec protrusion discale de localisation médiane et paramédiane gauche en contact avec la racine S1 gauche, une discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures (mais le diamètre antéro-postérieur du canal lombaire était conservé et le cône médullaire était de topographie normale et de signal homogène), et d'autre part une discrète scoliose à convexité gauche avec une lordose physiologique conservée (mais pas de discopathie ni de tassement vertébral) et des apophyses transverses longues en C7 sur tout à gauche (mais les apophyses unciformes étaient conservées). Selon le Dr J\_\_\_\_\_, la discopathie considérée était modérée, caractérisée avant tout par une déshydratation, sans perte de hauteur du disque intervertébral ; le disque présentait un bombement postérieurement, mais il n'existait aucun matériel herniaire ; il n'y avait pas de hernie discale visible. Le conflit entre le disque et la racine S1 gauche devait être relativisée, cette racine étant libre, respectivement entourée de tout côté de liquide céphalo-rachidien (partie intracanalair) ou de tissu adipeux (partie foraminale). Il y avait certes une morphologie un peu particulière, avec des disques intervertébraux particulièrement hauts et sphériques, en conjonction avec des vertèbres présentant une concavité marquée des plateaux ; cela correspondait toutefois à des anomalies (ou variantes de la norme) de type congénito-développemental. Aucune anomalie relevante n'était apparue au niveau de la colonne cervicale. C'est par ailleurs à partir du 1er mars 2015 seulement que, d'après le médecin traitant, des symptômes neurologiques étaient apparus, aggravant l'état de santé du recourant. Une symptomatologie possiblement compatible avec un problème radiculaire n'avait pas été présent antérieurement. Il n'y a dès lors pas de motif de ne pas suivre le Dr J\_\_\_\_\_, qui, dans ces conditions, exclut une décompensation symptomatique d'un état dégénératif préexistant extrêmement réduit, sous forme de discopathie L5-S1, sans hernie, et de discrète sclérose des facettes articulaires postérieures, ajoutant que des discopathies sans hernie associée ne pouvaient qu'être de nature dégénérative, autrement dit ne pouvaient être d'origine traumatique. d. Comme l'a relevé le Dr J\_\_\_\_\_, l'examen neurologique effectué par le Dr I\_\_\_\_\_ n'a pas mis de déficit en évidence, le réflexe étant sans anomalie et la force étant limitée essentiellement en raison des douleurs. L'ENMG n'a mis en

A/3520/2015 - 19/20 - évidence qu'un léger syndrome de tunnel carpien sans symptomatologie, et aucune anomalie au niveau du membre inférieur gauche. e. Le Dr J\_\_\_\_\_ doit être suivi lorsqu'il affirme que les troubles allégués du recourant de type lombosciatalgies gauches et cervicobrachialgies droites (ces dernières n'ayant été signalées

au surplus que près de six mois après l'accident considéré) sont sans rapport avec ce dernier, à tout le moins au degré de vraisemblance prépondérante. f. L'intimée n'a pas remis en question, en considération d'un défaut de lien de causalité ou d'un retour au statu quo ante vel sine, le versement d'indemnités journalières jusqu'au 28 février 2015. De son côté, envisageant ne serait-ce que théoriquement que l'accident du 2 décembre 2014 avait pu entraver temporairement la capacité de travail du recourant, le Dr J\_\_\_\_\_ a encore estimé qu'au moment où le médecin d'arrondissement avait été sollicité pour la première fois par l'intimée (à savoir le Dr G\_\_\_\_\_ le 2 février 2015), il n'existait pas dans le dossier d'élément justifiant une incapacité de travail prolongée, et même – du fait qu'aucun examen complémentaire n'a été effectué postérieurement au 4 décembre 2015 au niveau des parties du corps initialement lésées (coude droit, épaule droite, colonne thoracique) ni aucune physiothérapie prescrite, et que des investigations complémentaires n'ont pas été estimées nécessaires avant le 20 janvier 2015 pour d'autres localisations – qu'il n'y avait probablement déjà plus, à cette date-ci, de troubles attribuables à l'accident précité.

#### **E. 8**

Le recourant a sollicité l'audition des Drs E\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ainsi qu'une « expertise médicale complète ». 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, 122 III 219 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_198/2016 du 31 mai 2016 consid. 4.2). 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, 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, l'appréciation médicale du Dr J\_\_\_\_\_, qui est dûment motivée, apparaît complète et convaincante, et ne se trouve contredite, de surcroît sans véritable motivation, que par le médecin traitant du recourant. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner les actes d'instruction requis par le recourant.

#### **E. 9**

Le recours est mal fondé, et sera donc rejeté, dans la mesure où il est recevable.

#### **E. 10**

La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 60 let. b LPGA), et, vu l'issue donnée au recours, il ne

A/3520/2015 - 20/20 - sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant (art. 60 let. g LPGA), ni à l'intimée. \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

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