

GE_GERICHTE ATAS/587/2012 vom 2. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_587_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/587/2012 du 2 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/587/2012 del 2 maggio 2012

Erwägungen

E. 17

Dans un avis du 20 octobre 2011, le Dr G _____, chirurgien orthopédiste FMH et médecin interne de la SUVA, a estimé qu'il était plausible que l'assuré souffrait déjà d'une ischialgie avant sa chute à snowboard et qu'une hernie discale L5-S1 était également préexistante. La dégénérescence des disques intervertébraux, l'absence de symptomatologie de défaillance articulaire et le fait que la racine nerveuse n'était pas comprimée mais uniquement déplacée plaident en cette faveur. Les hernies discales, et notamment celles de la région lumbo-sacrée, ne pouvaient d'ailleurs pas survenir en raison d'un événement unique ou durant une seule descente à snowboard, soit dans un laps de temps très court. L'apparition d'une hernie discale nécessitait la formation de matière susceptible de constituer un prolapsus au départ du noyau pulpeux défaillant et de parties inférieures de l'anneau fibreux et une déchirure de l'anneau fibreux extérieur. Si la déchirure de l'anneau fibreux extérieur pouvait survenir de façon isolée et traumatique, tel n'était pas le cas de la constitution de la matière susceptible de constituer un prolapsus. Très peu d'éléments plaident en faveur de la déchirure traumatique de l'anneau fibreux dorsal; les résultats de l'IRM obtenus plus de quatre semaines après l'événement ne montraient aucun signe d'une telle lésion. L'évolution clinique aurait d'ailleurs dû revêtir un autre aspect et occasionner de très importantes douleurs lombaires dans un premier temps et des symptômes radiculaires auraient dû se manifester immédiatement ou rapidement, soit dans les quelques jours qui ont suivi l'accident. Tel n'avait pas été le cas. Il apparaissait dès lors que l'assuré souffrait plus que

A/4037/2011 - 5/12 - probablement déjà de la hernie discale avant de chuter à snowboard. Durant la pratique du snowboard, il se pouvait qu'une microlésion se soit produite au niveau de la hernie mais la chute du 29 janvier 2011 ne pouvait pas être considérée comme la raison essentielle ou partielle sous-jacente à l'opération de la hernie discale réalisée en août 2011. C'était donc à raison que la SUVA avait estimé que les conséquences hypothétiques de l'accident avaient disparu après plusieurs mois et au plus tard après six mois.

E. 18

Par décision sur opposition du 28 octobre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition. Étant donné la préexistence d'une hernie discale à l'accident, le type de traumatisme et le laps de temps écoulé depuis celui-ci, elle n'avait pas à prendre en charge l'intervention chirurgicale proposée. Les effets délétères de l'accident devaient d'ailleurs être considérés comme éteints au plus tard six mois après celui-ci. Concrètement, une certaine amélioration était intervenue dans le cas de l'assuré et le décours ultérieur était exclusivement à mettre sur le compte de l'évolution naturelle de la hernie discale préexistante. L'accident ne pouvait donc pas être considéré comme l'élément qui avait conduit à l'opération. Aucun motif ne permettait d'ailleurs de douter des avis des Drs F _____ et G _____ qui, se

fondant sur la doctrine médicale entérinée par la jurisprudence, avaient expliqué de manière claire et convaincante pour quelle raison l'accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 29 juillet 2011. Enfin, le fait que la SUVA avait finalement versé les prestations d'assurance jusqu'au 14 août 2011 n'était d'aucun secours pour l'assuré.

E. 19

Le 17 novembre 2011, l'assureur-maladie de l'intéressé a considéré que son incapacité de travail était due à une maladie, de sorte que les prestations étaient octroyées à ce titre dès le 16 août 2011.

E. 20

En date du 29 novembre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA auprès de la Cour de céans, concluant à son annulation et à la constatation que les lésions subies relevaient de son accident de janvier 2011, de sorte que le traitement et les indemnités journalières y relatifs devaient être couverts par la SUVA. Il a allégué qu'il était en parfaite santé jusqu'à la survenance de cet accident. S'il avait également fait une chute à wakeboard dix ans plus tôt qui lui avait causé une hernie discale, ledit événement n'avait entraîné aucune séquelle. A contrario, immédiatement après l'accident du 29 janvier 2011, il avait ressenti de vives douleurs dorsales, à considérer comme des conséquences directes et immédiates de l'accident. Elles avaient d'ailleurs persisté et donné lieu à une hernie discale L5-S1, objectivée par IRM du 2 mars 2011. Il existait dès lors un lien de causalité incontestable entre l'événement accidentel et l'atteinte subie, bien qu'il était possible que l'accident ne soit pas l'unique cause de la survenance du dommage. L'intimé avait d'ailleurs admis la couverture de l'accident et des frais médicaux y relatifs, avant de se raviser la veille de l'opération. Ce changement de position était totalement incompréhensible pour ne pas dire incongru, vu que la lésion subie et

A/4037/2011 - 6/12 - l'opération qui s'en était suivie étaient incontestablement en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 29 janvier 2011.

E. 21

Dans sa réponse du 30 janvier 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a estimé que la hernie discale était exclusivement à mettre sur le compte de l'évolution naturelle de l'état de santé préexistant, l'accident du 29 janvier 2011 n'étant pas propre à entraîner une telle affection. Seuls les accidents sportifs consécutifs à la chute libre d'une hauteur importante et le télescopage à grande vitesse avaient d'ailleurs été retenus par le Tribunal fédéral comme susceptibles de provoquer une hernie discale, de sorte que la causalité entre les troubles présentés par le recourant au-delà du 15 août 2011 et l'accident du 29 janvier 2011 n'était pas établie.

E. 22

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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. A 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 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. L'objet du litige porte sur le point de savoir si la SUVA était fondée à cesser le versement des prestations d'assurance en faveur de l'assuré dès le 16 août 2011, singulièrement de déterminer si la hernie discale dont a souffert l'assuré était en lien de causalité naturelle avec son accident de snowboard du 29 janvier 2011. 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on

A/4037/2011 - 7/12 - entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335, consid. 1). Si l'on peut admettre qu'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) (ATF 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 2.2). 6. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 de l'assuré. 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. 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). 7. En ce qui concerne plus particulièrement la hernie discale, il y a lieu de rappeler que, 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. Ces conditions ne sont pratiquement jamais remplies, mis à part des cas exceptionnels. Dès lors, il faut toujours se baser sur l'idée d'une aggravation transitoire et non définitive, même si la douleur apparue après un traumatisme accidentel suggère au patient un lien étroit voire étiologique entre le traumatisme et les symptômes

(G_____, Hernie discale lombaire et accident, Informations médicales [de la CNA] n° 68, décembre 1995. p. 14 et ss, not. 15; ATFA non publié du 7 juillet 2004, U 179/03, consid. 4.4.2). Il y a lieu d'ajouter que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou

A/4037/2011 - 8/12 - l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 N° U 363 p. 46, consid. 3a et la référence citée). Une hernie discale peut néanmoins 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. Si la 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 (RAMA 2000 no U 378 p. 190 consid. 3, no U 379 p. 192 consid. 2a). Dans un arrêt 8C_412/2008 du 3 novembre 2008, concernant un cas d'hernie discale, décompensée par l'accident assuré, le Tribunal fédéral a considéré que la preuve médicale de la causalité naturelle était 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 devait être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (ATF non publié 8C_467/2007 du 25 octobre 2007, consid. 3.1, voir également ATFA 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 chronification des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident) (ATFA U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, avec références ; ATFA U 60/02 du 18 septembre 2002, avec références). Des plaintes consécutives à une simple contusion durant longtemps doivent en effet souvent être attribuées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations (Fehlentwicklung) (ATFA U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, voir également ATFA U 60/02 du 18 septembre 2002). 8. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1). 9. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V

A/4037/2011 - 9/12 - 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHUPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles

formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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 351 consid. 3a). 10. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc). 11. Le recourant soutient que la hernie discale dont il a souffert était en relation de causalité naturelle avec le traumatisme du 29 janvier 2011, alors que l'intimée prétend qu'elle est sans rapport avec ledit accident, en s'appuyant sur les rapports des Drs F _____ et G _____.

A/4037/2011 - 10/12 - 12. En l'espèce, dans son rapport du 11 août 2011, le Dr F _____ a considéré que la hernie discale était à mettre en relation avec un état dégénératif préexistant, en raison notamment du long laps de temps écoulé entre la chute à snowboard et la nécessité de programmer une intervention chirurgicale. Cette appréciation a été confirmée par le Dr G _____ qui, le 20 octobre 2011, a estimé qu'il était hautement plausible que le recourant souffrait déjà d'une ischialgie avant sa chute de janvier 2011. La dégénération des disques intervertébraux, l'absence de symptomatologie de défaillance articulaire et le fait que la racine nerveuse n'était pas comprimée mais uniquement déplacée plaident en cette faveur. Le praticien a par ailleurs précisé que le type de hernie discale dont avait souffert l'assuré ne pouvait pas survenir en raison d'un événement unique tel qu'une chute à snowboard. En effet, la hernie discale de la région lumbo-sarcale nécessitait la formation de matière susceptible de constituer un prolapsus et une déchirure de l'anneau fibreux. Il a encore expliqué que si la déchirure pouvait survenir de façon isolée et traumatique, tel n'était pas le cas pour la constitution de la matière susceptible de générer un prolapsus. Dans la mesure où l'IRM réalisée suite à l'événement du 29 janvier 2011 ne montrait pas qu'une telle déchirure était intervenue, la hernie discale ne pouvait pas être uniquement attribuée à la chute du recourant. Durant la pratique du snowboard, il se pouvait

qu'une microlésion se soit produite au niveau de la hernie mais ce n'était pas la raison essentielle ou même partielle sous-jacente à la nécessité d'une intervention chirurgicale huit mois après la chute du recourant. Ladite chute avait ainsi seulement déclenché la hernie, sans la provoquer. La Cour de céans relèvera, s'agissant de la valeur probante du rapport du Dr G _____, qu'après un résumé du dossier, le praticien s'est livré à une appréciation médicale du cas, en tenant notamment compte des antécédents du patient, des rapports de ses confrères et de l'IRM réalisée le 2 mars 2011. Le Dr G _____ a plus particulièrement décrit - de manière convaincante - pourquoi la symptomatologie du patient ne pouvait pas uniquement résulter de sa chute à snowboard. Le diagnostic a été posé clairement, les conclusions du rapport sont étayées et dépourvues de contradictions, de sorte que l'appréciation du médecin de l'assureur doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il est vrai qu'immédiatement après sa chute, le recourant a ressenti de vives douleurs le plaçant dans l'impossibilité totale de reprendre son activité. Le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après l'accident ne suffit néanmoins pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). 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. Ici, les rapports des médecins du recourant ne permettent pas de remettre l'appréciation de l'intimée en question. Aucun d'entre eux n'a d'ailleurs posé que la hernie discale était uniquement attribuable à la chute du recourant. Dans son rapport du 18 mars 2011, la Dresse B _____ a au contraire estimé, à l'instar des Drs F _____ et G _____, qu'il y avait une résurgence du syndrome

A/4037/2011 - 11/12 - radiculaire préexistant, l'IRM ne permettant pas d'objectiver que le traumatisme était consécutif à l'événement de janvier 2011. Il s'ensuit que le lien de causalité naturelle entre l'événement du 29 janvier 2011 et la hernie discale n'est pas donné, de sorte que la SUVA était fondée à cesser le versement des prestations d'assurance en faveur de l'assuré dès le 16 août 2011. 13. Mal fondé, le recours est rejeté. 14. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4037/2011 - 12/12 - 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.