

# **GE\_GERICHTE ATAS/589/2023 vom 8. August 2023**

GE Cour de justice, 2023-08-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_589\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_589_2023)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/589/2023 du 8 août 2023

IT: GE\_GERICHTE ATAS/589/2023 del 8 agosto 2023

## **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. 2.1**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 2.2**

et les références).

### **E. 2.3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 3**

Le litige porte sur le point de savoir si dans les suites de l'accident du 17 janvier 2018, l'intimée était fondée à supprimer, avec effet au 31 juillet 2019, le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles persistant au-delà de cette date.

### **E. 4.1**

L'art. 6 al. 1 LAA dispose que 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). 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).

### **E. 4.2.1**

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 suffit qu'associé éventuellement à

A/4104/2019 - 16/30 - 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

#### **E. 4.2.2**

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de payer 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. 4.2.3**

Sous la note marginale « concours de diverses causes du dommage », l'art. 36 al. 1 LAA dispose que 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. Lorsqu'un état maladif préexistant 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 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

A/4104/2019 - 17/30 - qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

### **E. 4.3**

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb 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 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). 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 ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui

A/4104/2019 - 18/30 - correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

#### **E. 4.3.1**

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui

n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

A/4104/2019 - 19/30 - Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés

apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 A/4104/2019 - 20/30 - consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_487/2009 du 7 décembre 2009 consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

#### **E. 4.3.2**

D'après la casuistique, les chutes d'une hauteur comprise entre 2 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 410/00 du 14 février 2002 consid. 2c) et environ 4 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_316/2009) font partie des accidents de gravité moyenne stricto sensu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3). En revanche, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 m et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les références). Ont ainsi été considérés comme étant à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne : une chute de quelque 8 m dans un conduit de cheminée avec une fracture ouverte du pied limite grave ; une chute de 5 m entraînant de nombreuses fractures dont une commotion cérébrale (pour un rappel de la casuistique en matière de chutes, RAMA 1998 n° U 307 p. 448, consid. 3a). En revanche, une chute d'un échafaudage de 2 m a été considérée comme étant à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 97/04 du 30 décembre 2004). Enfin, le Tribunal fédéral a qualifié de gravité moyenne stricto sensu une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral U 338/05 du 1er septembre 2006).

#### **E. 4.4**

L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. L'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202) dispose en outre, sous la note marginale « autres lésions corporelles », que l'assuré a également droit aux prestations d'assurance pour les lésions corporelles qu'il subit lors d'un examen médical ordonné par l'assureur ou rendu nécessaire par d'autres circonstances (cf. art. 10 OLAA). Par ce biais, il a été institué une catégorie de prestations obligeant l'assureur-accidents à fournir ses prestations pour des lésions causées lors d'un traitement (Irene HOFER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 108 ad art. 6 LAA). En effet, les

prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par

A/4104/2019 - 21/30 - l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (cf. l'art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid.

#### **E. 4.5**

En cas de lésions consécutives à un traitement médical, les prestations que doit allouer l'assureur-accidents correspondent à celles qui sont prévues au titre 3 de la LAA (Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS in Meyer [éd.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, p. 948, n. 149).

#### **E. 5.1**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

#### **E. 5.2**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que  
A/4104/2019 - 22/30 - la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

#### **E. 5.3**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

### **E. 5.3.1**

Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

### **E. 5.3.2**

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

### **E. 5.3.3**

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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par

A/4104/2019 - 23/30 - conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

### **E. 5.3.4**

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations

du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

### **E. 6.1**

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

### **E. 6.2**

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

A/4104/2019 - 24/30 -

### **E. 7.1**

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3

et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 7.2**

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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. 8.1**

En l'espèce, il ressort des dossiers antérieurs à l'accident du 17 janvier 2018, transmis le 9 février 2021 par l'intimée (dossier 04.55252.05.9, relatif à un événement du 22 décembre 2004 [ci-après : dossier 2004] et 04.52943.06.9, relatif à un événement du 26 octobre 2006 [ci-après : dossier 2006]), que l'assuré avait été victime d'un premier accident de travail, survenu le 22 décembre 2004 dans le canton de Bâle-Ville ; il avait glissé en soulevant une plaque de plâtre et ressenti soudainement des douleurs avec irradiation dans la jambe gauche. Le 26 octobre 2006, il avait ressenti de vives douleurs dorsales après avoir soulevé une lourde charge. Pour ce second événement, l'intimée lui avait fait savoir, par courrier du 15 janvier 2007, resté sans suite, qu'en l'absence d'accident ou de lésion corporelle assimilée, elle ne prendrait pas en charge ce cas qui était du ressort de l'assureur-maladie de l'intéressé.

A/4104/2019 - 25/30 - Par appréciation du 6 septembre 2007, le docteur M. Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA-Bâle, avait indiqué que l'assuré avait bénéficié d'un traitement conservateur après l'accident du 22 décembre 2004. L'IRM de la colonne lombaire, effectuée le 1er septembre 2005, montrait un segment de disque dégénéré L5/S1 avec hernie discale médiane et latérale sans compression de la racine nerveuse S1. S'y ajoutait une protrusion discale à large base L4-L5 et arthrose des facettes articulaires L3-L4 et L4-L5 des deux côtés. Sur la base de ces examens d'imagerie, on pouvait constater que l'assuré n'avait pas subi de modifications structurelles objectivables de la colonne lombaire lors de l'accident du 22 décembre 2004. D'un point de vue biomécanique, l'événement lui-même n'était pas susceptible de provoquer une hernie discale ; seule une hernie discale, d'origine dégénérative, était devenue douloureuse. Par la suite, le 26 octobre 2006, après avoir soulevé une lourde charge, une nouvelle lombalgie aiguë était apparue. Cet événement ne pouvait plus être imputé à l'accident du 22 décembre 2004, mais aux modifications dégénératives préexistantes de la colonne lombaire. Par la suite, le 17 avril 2007, une expertise rhumatologique avait été réalisée à la clinique universitaire de rhumatologie de Bâle. Selon les conclusions de cette expertise, il existait au premier plan une non-organicité des plaintes et, au second plan, une explication mécanique à celles-ci ; il existait des modifications dégénératives importantes. Se fondant sur les conclusions de cette expertise, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait estimé que le lien de causalité entre l'incapacité de travail, le traitement médical, d'une part, et l'accident du 22 décembre 2004,

d'autre part, avait cessé au plus tard au moment de l'expertise rhumatologique (cf. dossier 2004, pièce 99).

## **E. 8.2**

Par décision du 8 septembre 2007, entrée en force faute d'opposition, la SUVA-Bâle a mis fin aux prestations provisoires (prestations pour soins et indemnités journalières) avec effet au 30 septembre 2007, motif pris qu'en l'absence de substrat organique suffisamment objectivable entre les plaintes résiduelles, le lien de causalité adéquate de celles-ci avec l'accident du 22 décembre 2004 devait être nié. Pour les mêmes raisons, l'assuré ne pouvait pas non plus prétendre à d'autres prestations pécuniaires (rente d'invalidité et/ou indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle ; cf. dossier 2004, pièce 100).

## **E. 8.3**

Dans son rapport d'expertise du 24 février 2022, le Prof. O\_\_\_\_\_ a exposé en synthèse que le syndrome vertébral lombaire actuel n'était pas en lien avec les suites de l'intervention du 12 octobre 2018. Le recourant présentait déjà, avant l'accident du 17 janvier 2018, et selon les documents d'imagerie de 2005, des troubles dégénératifs de la colonne lombaire, sous forme d'arthrose discale en L4-L5, L5-S1, protrusion discale L4-L5 et hernie sous-ligamentaire médiane et gauche L5-S1 et qu'au vu de l'IRM du 27 mars 2018, qui ne montrait pas de lésion traumatique visible, mais les mêmes lésions déjà constatées en 2005 – hormis une très discrète augmentation de la hernie L5-S1 gauche, tout à fait compatible avec l'évolution spontanée de la lésion entre 2005 et 2018 –, le lien de

A/4104/2019 - 26/30 - causalité entre l'incapacité de travail, d'une part, l'accident du 17 janvier 2018 ou l'intervention du 12 octobre 2018, d'autre part, avait cessé le 12 juillet 2019, soit neuf mois après cette intervention et qu'ainsi, les plaintes du recourant depuis l'accident du 17 janvier 2018, respectivement l'intervention du 12 octobre 2018 – sur fond de rachis dégénératif déjà constaté en 2005, pouvant créer des gênes douloureuses –, ne s'expliquaient plus ni par l'accident du 17 janvier 2018, ni par l'intervention du 12 octobre 2018. Dans son complément d'expertise du 21 décembre 2022, le Prof. O\_\_\_\_\_ a précisé en outre que le bombement du disque L4-L5 – d'origine dégénérative et déjà présent sur l'IRM du 1er septembre 2005 – et son contact avec la racine S1 n'avait pas été causé par l'intervention du Dr E\_\_\_\_\_ et qu'il n'en était pas non plus la conséquence, celle-ci trouvant son explication dans l'évolution naturelle d'une affection rachidienne dégénérative. Il sied de relever que le Prof. O\_\_\_\_\_ a rendu un rapport et un complément d'expertise basé sur une documentation complète, une anamnèse médicale, familiale et socioprofessionnelle, que ce rapport relate les plaintes du recourant et qu'il comporte un status orthopédique fouillé et une analyse approfondie du dossier radiologique. En outre, les diagnostics sont précis et les réponses aux questions cohérentes et bien motivées. Ce rapport et son complément d'expertise doivent dès lors se voir reconnaître valeur probante.

### **E. 8.3.1**

Le recourant ne conteste pas que l'accident du 17 janvier 2018 ait causé une atteinte passagère. Il soutient que le caractère durable de celle-ci – i.e. s'étendant au-delà du 12 juillet 2019 – serait la conséquence du traitement médical fourni par l'intimée, plus précisément de l'intervention pratiquée le 12 octobre 2018 par le Dr E\_\_\_\_\_. C'est le lieu d'observer que si la persistance des troubles constatés au niveau lombo-sacré ne s'explique plus, au-delà du 12 juillet 2019, par l'accident du 17 janvier 2018, faute de causalité naturelle et adéquate avec cet événement (statu quo sine atteint), il reste néanmoins à

examiner s'il incombe à l'intimée d'allouer, le cas échéant, des prestations d'assurance au recourant du fait d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles précités et le traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). On rappellera et précisera que pour que l'art. 6 al. 3 LAA s'applique, une causalité partielle avec le traitement médical suffit (ci-dessus : consid. 4.4 et HOFER, op. cit., n. 112 ad art. 6 LAA), qu'il n'est pas nécessaire que les lésions résultant du traitement médical, pour autant qu'elles soient avérées, soient elle-même d'origine accidentelle ou le fruit d'une erreur médicale (ci-dessus : consid. 4.4). En l'espèce, il ressort des explications claires de l'expert orthopédiste que le « syndrome vertébral lombaire actuel n'est pas en lien avec les suites de l'intervention (cf. réponses du Prof. O\_\_\_\_\_ aux questions de la chambre de céans, p. 4) et que le contact de la racine S1 avec le bombement du disque L4-L5

A/4104/2019 - 27/30 - n'a pas été causé par l'intervention du Dr E\_\_\_\_\_, qu'il n'en est pas non plus la conséquence mais s'explique par l'évolution naturelle d'une affection rachidienne dégénérative » (cf. complément d'expertise, p. 2). Au vu de ces éléments, il importe peu qu'aux dires du recourant, le Dr E\_\_\_\_\_ soit parti de la « mauvaise prémisse d'une petite hernie discale résistante au traitement conservateur depuis quelques mois ». Par ailleurs, l'expert prend clairement position en défaveur des thèses soutenues par les Drs L\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ – selon lesquels la fibrose, consécutive à l'opération, était bel et bien à l'origine des plaintes du recourant – en précisant qu'il ne retient ni la fibrose péri-radiculaire ni la micro-instabilité comme un élément péjorant les douleurs et la situation fonctionnelle du recourant (cf. réponses du Prof. O\_\_\_\_\_ aux questions de la chambre de céans, p. 4 et 7).

### **E. 8.3.2**

Dans ces circonstances, la survenance d'une lésion qui aurait été causée lors du traitement médical n'est pas établie au degré requis de la vraisemblance prépondérante. Aussi la chambre de céans se dispensera-t-elle, par appréciation anticipée des preuves (ci-dessus : consid. 7.2), de donner suite à la demande d'audition du Dr E\_\_\_\_\_ et d'instruire plus avant les points mis en exergue par le recourant en lien avec l'intervention pratiquée le 12 octobre 2018 par ce médecin (cf. écriture du 2 février 2023, p. 3).

### **E. 8.4**

Les objections du recourant n'étant pas de nature à mettre en doute les conclusions claires et bien motivées de l'expert O\_\_\_\_\_, il reste à examiner les éventuelles conséquences psychiques de l'événement du 17 janvier 2018.

#### **E. 8.4.1**

Par attestation du 22 septembre 2022, la Dre P\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant présentait une problématique anxio-dépressive en réaction à ses troubles algiques. Ce médecin ne précise toutefois pas dans quelle mesure il en résulterait une éventuelle incapacité de travail de nature psychique. Il n'est toutefois pas nécessaire d'instruire ce point sachant que dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement (cf. ci-dessus : consid. 4.3.1), et qu'en cas de chute d'une hauteur de 2 m comme dans le cas particulier, on se situe à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne ou, tout au plus, en présence d'un accident de gravité moyenne stricto sensu (ci-dessus : consid. 4.3.2). Or, même dans cette dernière hypothèse – qui nécessite que le recourant remplisse au moins trois critères de causalité adéquate ou un seul d'entre eux s'il

revêt une intensité particulière –, on ne saurait considérer, à la lumière des développements qui suivent, que la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'événement du 17 juillet 2018 serait remplie. Parmi les critères précités (ci-dessus : consid. 4.3.1), ceux qui font référence aux circonstances particulièrement dramatiques ou au caractère particulièrement impressionnant de l'accident, à la gravité ou la nature particulière des lésions

A/4104/2019 - 28/30 - physiques, ou encore à une erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ne sont manifestement pas remplis. La durée du traitement – de même que celle de l'incapacité de travail due aux lésions physiques – ne s'est pas révélée particulièrement longue, si l'on considère que le statu quo sine vel ante était atteint le 12 juillet 2019 et que les plaintes subséquentes du recourant étaient sans rapport avec l'aggravation transitoire (du 17 janvier 2018 au 12 juillet 2019) d'un état maladif préexistant, étant rappelé que l'intervention du 12 octobre 2018 était destinée à traiter troubles dégénératifs antérieurs à l'accident (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral U 24/00 du 26 juillet 2000 consid. 3d pour un cas et une appréciation similaire). Quant au critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il n'apparaît pas réalisé non plus dès lors qu'il suppose que la guérison ait été entravée pour des raisons particulières ; à cet égard, le fait de devoir se soumettre à divers traitements, de même que le fait que ceux-ci n'aient pas mis fin aux plaintes ni permis le recouvrement d'une capacité de travail entière dans l'activité antérieure ne saurait suffire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4 ; 8C\_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et les références). En définitive, seul le critère des douleurs physiques persistantes pourrait éventuellement entrer en considération pour retenir un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychique et l'accident du 17 janvier 2018. On précisera toutefois que ce critère ne suffit pas à lui seul, au regard de la nature et de l'intensité des douleurs en cause. Partant, l'intimée ne répond pas des troubles psychiques attestés par la Dre P\_\_\_\_\_.

#### **E. 8.4.2**

En conclusion, il convient de considérer qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 17 janvier 2018 a révélé des troubles dégénératifs de la colonne lombaire qui n'ont pas été aggravés par l'intervention du 12 octobre 2018 et dont la persistance au-delà du 12 juillet 2019, sous forme de syndrome vertébral lombaire, ne s'explique plus ni par l'événement du 17 janvier 2018 ni par l'intervention du 12 octobre 2018. Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations avec effet au 31 juillet 2019.

#### **E. 9**

Reste encore à se prononcer sur les frais d'expertise.

#### **E. 9.1**

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de

l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3). Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité

A/4104/2019 - 29/30 - administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux requisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

## **E. 9.2**

En l'espèce, les frais de l'expertise judiciaire du Prof. O \_\_\_\_\_ seront laissés à la charge de l'État.

## **E. 10**

Mal fondé, le recours doit être rejeté. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

\*\*\*\*\*

A/4104/2019 - 30/30 - 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.