

GE_GERICHTE ATAS/851/2021 vom 23. August 2021

GE Cour de justice, 2021-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_851_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/851/2021 du 23 août 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/851/2021 del 23 agosto 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 6 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-militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAM, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance militaire, 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 cette loi; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable, d'autant qu'en 2020, Pâques tombait le 12 avril, et que cette année-là, en raison de la crise sanitaire due au coronavirus, se fondant sur l'art. 185 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le Conseil fédéral avait adopté l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19) du 20 mars 2020, qui stipulait à son art. 1 que, lorsqu'en vertu du droit fédéral ou cantonal de procédure applicable, les délais légaux ou les délais fixés par les autorités ou par les tribunaux ne courent pas pendant les jours qui précèdent et qui suivent Pâques, leur suspension commence dès l'entrée en vigueur de la présente ordonnance et dure jusqu'au 19 avril 2020 inclus (al. 1); les effets de la suspension sont régis par le droit de procédure applicable (al. 2) et la suspension s'applique aussi aux délais fixés par les autorités ou par les tribunaux avec comme échéance une date précise entre l'entrée en vigueur de la présente

ordonnance et le 19 avril 2020 (al. 3). Cette ordonnance est entrée en vigueur le 21 mars 2020 à 0h00 et a déployé ses effets jusqu'au 19 avril 2020 en prévoyant une suspension des délais jusqu'au 19 avril 2020.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance militaire au-delà du 31 octobre 2018, respectivement sur le point de savoir si c'est à juste titre

A/1170/2020 - 20/33 - que l'intimée a considéré que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, antérieure au service militaire, avait cessé ses effets délétères en avril 2018 déjà.

E. 6

Selon l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1); elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est avec certitude antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas avec certitude avoir été causée pendant ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas avec certitude été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b). La responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service est fondée sur le principe dit de la « contemporanéité », en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire. Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique. La preuve de la certitude doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique et scientifique, mais dans son acception empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue (ATF 111 V 141 consid. 4 et les références citées; voir aussi ATF 111 V 370 consid. 1b; SVR 2008 MV n° 3 p. 7, 8C_283/2007, consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.1). La preuve de l'antériorité au service peut être rapportée de manière concrète, quand l'atteinte à la santé existait déjà avant celui-ci. Une simple prédisposition malade ne suffit toutefois pas à établir l'antériorité. L'atteinte à la santé doit s'être manifestée sous une forme ou une autre (douleurs, symptômes) ou avoir été constatée médicalement. Il n'est pas nécessaire que la maladie ait justifié un traitement ou entraîné une incapacité de travail (ATFA 1954 p. 16; arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 4.2). Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2, let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2, let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, première phrase, LAM). Cela signifie que la responsabilité de l'assurance ne prend fin, dans un tel cas, que lorsque l'aggravation est certainement éliminée (ATF 111 V 141; ATF 111 V 370 consid. 1b ATF 97 V 99; ATFA 1969 p. 198; arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 consid. 4.1). En cas d'état maladif antérieur, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et le service doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'entrée en service (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans les influences dues au service (statu quo sine). La preuve de l'élimination des influences dues au service incombe à l'assurance militaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007, op. cit., consid. 5.2).

E. 7

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).

A/1170/2020 - 21/33 - 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 la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). a. 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). b. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c. Par ailleurs, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi lorsqu'un

A/1170/2020 - 22/33 - assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'administration (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et 3c). d. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le

juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 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 conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 8

a. En l'espèce, il est constant que le recourant, alors qu'il effectuait ses obligations militaires en service long (ER suivi d'un service d'avancement) du 31 octobre 2016 au 3 janvier 2018, a été victime, le 27 décembre 2017, d'une chute de sa hauteur pendant qu'il faisait du jogging. Il a notamment expliqué, lors de son audition par le gestionnaire de sinistre de l'assurance militaire, le 7 mars 2018, que le 27 décembre 2017, il avait été courir comme il l'avait déjà fait; il courait derrière le cimetière St Georges, sur le petit chemin. Il avait plu et il avait glissé. Une jambe avait glissé, et en voulant se rattraper, son autre jambe avait glissé également. Il était tombé de sa hauteur. Il avait atterri sur les fesses. Il avait ressenti une douleur au dos, mais rien d'alarmant. Il avait continué son sport et était rentré chez lui. Consultant son médecin traitant le surlendemain, en raison de la persistance des douleurs dorsales, ce dernier lui avait prescrit neuf séances de physiothérapie et l'avait mis en incapacité de travail totale dès le 27 décembre. Après quelques séances de physiothérapie, il allait mieux. Les douleurs avaient pratiquement disparu. Il se sentait plutôt bien, au point que le 17 janvier 2018, il était allé jouer au basket avec des amis; en faisant un mouvement de défense, il avait eu comme un craquement et cela lui avait procuré une douleur irradiant la jambe gauche. Il avait arrêté de jouer, était difficilement rentré chez lui. Le lendemain, au réveil, il s'était levé, mais lorsqu'il voulait marcher, il avait des douleurs atroces. Il s'était alors rendu aux urgences de l'Hôpital de la Tour. Le médecin qu'il avait vu quelques minutes lui

A/1170/2020 - 23/33 - avait dit qu'il devait avoir une sciatique. Il devait se reposer et prendre des antidouleurs. Cela devrait passer. Le lendemain, il avait pris rendez-vous avec son médecin traitant, qui lui a fait passer une IRM qui avait révélé trois hernies discales. b. L'assurance militaire a pris le cas en charge, en raison d'une hernie radiculaire L5 gauche, sous réserve de réexamen du droit au terme de la procédure d'enquête et suivant l'évolution de l'affection. Au terme de l'instruction médicale, l'AM a conclu par préavis du 8 octobre 2018, confirmé par décision du 1er février 2019, puis sur opposition par la décision entreprise du 5 mars 2020, que l'affection dont l'assuré souffrait existait déjà avant l'entrée au service militaire, et que l'aggravation des lésions intervertébrales lombaires, survenue durant la période de service militaire, était éliminée en avril 2018; mais du point de vue administratif, l'AM fixait la fin de l'aggravation au 31 octobre 2018, mettant fin dès cette date au versement de prestations d'assurance. Le recourant conteste que l'atteinte à la santé litigieuse (hernies discales pluriétagées) soit antérieure au début de son service militaire, respectivement si l'antériorité devait être admise, que l'aggravation survenue en cours de service fût éliminée en avril 2018, contestant même qu'elle le fût au moment du recours. Le recourant contestant la valeur probante de l'avis, respectivement des avis successifs, du

médecin-conseil de l'intimée, notamment au motif que le Dr G_____ ne l'avait jamais examiné, il y a tout d'abord lieu, conformément aux principes de jurisprudence rappelés ci-dessus, de déterminer si, contrairement à ce que soutient le recourant, une pleine valeur probante peut être accordée à l'avis du Dr G_____.

E. 9

a. Le médecin-conseil de l'intimée a régulièrement été consulté par l'AM, à mesure de l'évolution de l'instruction médicale et de la procédure administrative. Il s'est prononcé au sujet du dossier dans ses appréciations médicales des 24 septembre 2018, 17 janvier et 3 décembre 2019. Elles émanent d'un spécialiste reconnu dont les avis montrent une pleine connaissance du dossier, dont l'aspect médical comprenait des constatations complètes, établies sur la base d'examens complets, par les médecins qui ont eu à connaître du cas, en particulier le médecin traitant ou les spécialistes consultés par le recourant sous le contrôle de son médecin traitant; les avis du médecin-conseil aboutissent à des résultats convaincants, leurs conclusions sont sérieusement motivées, ne contiennent pas de contradictions et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le Dr G_____ a toujours clairement établi que les effets délétères dus aux activités consenties durant le service militaire étaient précisément éliminés en avril 2018 déjà. b. On remarquera préalablement que le grief du recourant, qui se plaint de ne pas avoir été examiné personnellement par le médecin-conseil de l'intimée, n'est pas fondé : le recourant perd en effet de vue que dans la mesure où ce médecin s'était fondé sur un dossier médical comprenant des constatations complètes, établies sur la base d'examens complets, il n'était pas nécessaire qu'il l'examinât personnellement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4 et réf.).

A/1170/2020 - 24/33 - c. Dans son appréciation médicale du 24 septembre 2018 (dont le détail figure ci-dessus En fait ch. 13), le Dr G_____, après avoir résumé les faits déterminants (chute sur les fesses en décembre 2017 et faux mouvement en jouant au basket en janvier 2018) dans le cadre d'un service long, a consigné dans son rapport les éléments d'une anamnèse très complète, tenant compte des plaintes successivement émises par l'assuré; il a repris par le détail les éléments et les pièces médicales versées au dossier et procédé à son appréciation : il a tout d'abord rappelé que d'un point de vue médicothéorique, une hernie discale commence habituellement à se former très tôt dans la vie, souvent dès la première adolescence, voire plus tôt. La première décompensation de cette hernie discale était survenue après une chute de l'assuré, de sa hauteur sur les fesses. Si ce type de chute pouvait favoriser l'apparition d'une hernie discale, l'énergie cinétique dégagée par un tel choc (chute sur les fesses de sa hauteur) était ici largement insuffisante. En plus, elle s'était produite sur un sol plutôt meuble qui avait amorti le choc (terrain herbeux et mouillé). Par ailleurs, l'IRM de janvier 2018, quatre semaines après la chute, allait aussi dans le sens d'un choc à basse énergie, compte tenu de l'absence d'œdème osseux (normalement visible pendant plusieurs mois, si présent). Décrivant les éléments que montrait le rapport d'IRM, le médecin observait que cela n'avait pas pu s'installer durant le service militaire, même long (durée trop brève) et parlait en faveur d'une antériorité civile dégénérative des lésions discales. Il concluait donc à une antériorité de ces lésions intervertébrales discales lombaires. En tenant compte de l'apparition du tableau algique et du discret déficit sensitivomoteur, on pouvait toutefois admettre qu'une aggravation était survenue durant l'ER-SIB prom, sur le plan algique et fonctionnel. Au vu du rapport du médecin traitant, l'aggravation avait disparu en avril 2018 (traitement terminé, symptômes disparus hormis

un léger déficit sensitif au pied gauche). On ajoutera, au sujet des observations et conclusions du médecin-conseil concernant la hernie discale, que la jurisprudence constante du Tribunal fédéral retient 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. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la 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

A/1170/2020 - 25/33 - relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). Dans le cas d'espèce, certes le médecin traitant a prescrit un arrêt de travail dès la première consultation, ce qui peut aisément se comprendre pour une durée relativement brève, vu les douleurs présentes; en revanche, l'évènement du 27 décembre 2017 n'était pas un accident d'une importance particulière au sens de la jurisprudence. C'est d'ailleurs le lieu de relever que le médecin traitant n'a jamais sérieusement justifié la persistance de l'incapacité totale de travail de son patient au-delà du mois de mars 2018, en dépit de la quasi-disparition des douleurs lombaires. Ainsi, les observations et conclusions du Dr G_____ sont convaincantes, aucun élément du dossier, notamment les nombreux rapports médicaux du Dr C_____, comme ceux d'ailleurs du Dr E_____, neurochirurgien, n'ayant jamais critiqué les avis du médecin-conseil, ni avancé des éléments susceptibles de faire douter de la fiabilité de ses conclusions, ou mis en évidence des éléments objectifs importants dont il n'aurait pas tenu compte. S'agissant du neurochirurgien susmentionné, dès sa première consultation, du 2 février 2018, il relatait notamment la chronologie des événements depuis la chute du 27 décembre 2017, notait que les traitements médicaux et de physiothérapie qui s'en étaient suivis avaient conduit à une amélioration totale, raison pour laquelle le patient avait décidé de jouer au basket le 17 janvier 2018 : il aurait fait un faux mouvement avec récurrence de la douleur, beaucoup plus intense qu'auparavant, ainsi que des paresthésies jusque dans l'hallux. Il retenait aussi que le patient ne prenait alors que de l'ibuprofène 3 × 400 mg/j avec, au jour de la consultation – 2 février 2018, déjà - , une amélioration importante de la symptomatologie, bien qu'il restât une douleur résiduelle provoquant des réveils nocturnes et s'exacerbant en position assise. Au jour de l'examen,

après corticothérapie et sous anti-inflammatoires, sans antalgiques, la situation s'améliorait rapidement avec une douleur résiduelle, particulièrement en position assise. L'examen clinique retrouvait encore des signes irritatifs importants, et un syndrome déficitaire avec une hypoesthésie distale et une parésie M4+ du releveur du pied et M3 du releveur de l'hallux. La durée d'évolution était extrêmement brève; il n'y avait pas de signes cliniques suffisants pour indiquer une intervention chirurgicale actuellement; cependant, l'évolution était à surveiller de près. Pour cette raison, le spécialiste avait prescrit la poursuite de la physiothérapie afin d'effectuer une rééducation des déficits, mais surtout pour avoir

A/1170/2020 - 26/33 - un suivi objectif régulier. Il avait évoqué avec le patient une possible infiltration radio guidée, mais sa mère était réticente, ayant elle-même subi le geste par le passé, avec une complication rare de type insuffisance surrénalienne. Le diagnostic et le pronostic avaient été expliqués au patient, avec à ce jour, statistiquement, une probabilité d'amélioration importante. Le patient le recontacterait si la douleur persistait, et se manifesterait immédiatement si la parésie s'aggravait. Force est de constater que le recourant n'a plus recontacté ce spécialiste, avant le 12 juin 2019, notamment pour lui soumettre une récente IRM, mais non pas en raison de la persistance de la douleur ou de l'aggravation de la parésie, comme évoqué lors de la consultation du 2 février 2018. Du reste, le rapport de consultation du 19 juin, respectivement 18 juillet 2019, était plutôt rassurant (on a d'ailleurs peine à comprendre la raison pour laquelle ce spécialiste a une nouvelle fois établi, mais daté du 18 juillet 2019, un tirage de son rapport de consultation du 19 juin précédent). Ces deux rapports (identiques) ont été soumis au médecin-conseil de l'intimée : ce dernier a conclu que ces rapports ne lui permettaient pas de revenir sur ses conclusions initiales (appréciations médicales des 24 septembre et 24 octobre 2018) : au contraire, au vu de l'IRM mentionnée, les atteintes discales pluriétagées allaient dans le sens d'une antériorité civile : un choc à si basse énergie cinétique ne pouvait pas créer des atteintes sur plusieurs niveaux. Il rappelait que les 27 mars et

E. 12

avril 2018 (date du rapport relatif à la consultation du Dr E_____ du 2 février 2018), même si le patient avait poursuivi ses traitements de physiothérapie, une disparition des symptômes douloureux était décrite par le médecin traitant, ne laissant subsister qu'un déficit sensitif au pied gauche puis uniquement au gros orteil gauche. À ce moment-là, il avait été estimé que l'aggravation survenue durant le service militaire de cette maladie intercurrente évoluant en dents de scie, était éliminée. De l'avis de la chambre de céans, et contrairement à ce que soutient le recourant, la conclusion du médecin-conseil de l'intimée était fondée. En effet, il ressortait du courrier du médecin traitant du 27 mars 2018 (ci-dessus En fait ad ch. 8) que le problème lombaire était pratiquement réglé, et l'on se situait dès lors dans un contexte psychique, plus que somatique. Le fait que le patient poursuivait alors encore la physiothérapie était plus lié à son anxiété par rapport à une éventuelle récurrence qu'à une véritable nécessité, sur le plan somatique. Ainsi, la persistance des séances de physiothérapie ne justifiait pas que l'on ait pu considérer que l'aggravation passagère de la hernie discale préexistante au service militaire n'ait pas été résolue à ce moment-là, a fortiori dès le mois suivant. Du reste, par la suite, cet aspect psychique a toujours été mis en avant par le recourant, soutenu par son médecin traitant, qui, informé par son patient des décisions de l'AM, écrivait encore à cette assurance, le 7 mars 2019, avoir pris connaissance de sa décision de refuser la prise en charge à plus long terme des problèmes lombaires de son patient. Ce dernier lui avait indiqué avoir fait « recours » contre

cette décision; il précisait alors qu'il n'entendait pas intervenir dans ce débat, mais aurait une proposition à faire : le problème actuel de son patient était qu'il vivait dans l'angoisse permanente d'une rechute, ceci en dépit du fait qu'il

A/1170/2020 - 27/33 - ne se portait pas trop mal et qu'il ne signalait plus que quelques fourmillements occasionnels dans le pied gauche. Cette fixation anxieuse sur une rechute potentielle faisait qu'il ne portait rien, n'osait rien entreprendre et poursuivait indéfiniment sa physiothérapie et ses activités en piscine. Il avait, pour cette raison, renoncé à ses projets professionnels, - ce qui paraissait justifié du point de vue médical -, mais, plongé dans une profonde dépression, il avait repris beaucoup de poids. Il avait débuté une prise en charge psychiatrique et repris un suivi diététique. Une demande de réadaptation AI était en cours, ce qui prenait toujours beaucoup de temps. Pour en gagner, il réitérait une demande qu'il avait formulée à l'époque : hospitaliser le patient une quinzaine de jours à la CRR, et commencer une pratique régulière d'exercices sous contrôle physiothérapeutique, avec une augmentation progressive de la charge; de son avis, ce serait la seule possibilité de ramener le patient à une activité normale. Cette solution permettrait, selon lui, aussi de faire le bilan exact de la situation actuelle, et serait probablement moins coûteuse qu'un contentieux interminable avec expertises multiples dont le patient sortirait fortement déçu. Il ressortait de manière évidente de ce courrier que le médecin traitant n'avait en réalité rien à redire à la décision de l'AM de mettre fin à ses prestations, en ce qui concerne l'aspect somatique, et son commentaire au sujet du fait que son patient poursuivait « indéfiniment sa physiothérapie et ses activités en piscine », montre bien que pour le Dr C_____, la persistance de ces pratiques par son patient ne tenait en réalité qu'à des motifs psychiques. Mais en tant que médecin traitant et au vu du rapport de confiance qui le liait à son patient, il ne pouvait guère l'exprimer en d'autres termes. La chambre de céans considère dès lors que l'avis, respectivement les avis successifs, du médecin-conseil de l'intimée, sur lesquels cette dernière s'est fondée pour mettre fin à ses prestations, - du reste non pas dès fin avril 2018, mais dès fin octobre 2018, étaient parfaitement fondés et doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante. 10. Il y a lieu d'observer que l'assuré, représenté par sa mère dans le cadre de son recours déposé par courrier du 17 avril 2020, développe une argumentation guère convaincante quant à la contestation de la décision entreprise, en ce qui concerne l'antériorité de la hernie discale par rapport à son entrée en service. Il se borne à cet égard, par la voix de sa mère s'exprimant à titre personnel, à affirmer que son état de santé avant l'armée n'était indéniablement pas le même que pendant/après son service militaire. Il n'est pas contestable en effet que sa chute du 27 décembre 2017 a pu révéler l'existence d'une atteinte à la santé, antérieure au service militaire et asymptomatique jusqu'alors, mais cela n'est d'évidence pas suffisant pour justifier que cette chute, somme toute relativement banale, et d'une gravité toute relative, ait pu causer la hernie discale litigieuse : on ne saurait en effet retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'évènement du 27 décembre 2017 au seul motif qu'avant cet événement - respectivement avant son entrée en service - , le recourant n'avait jamais émis de plainte en ce qui concerne son dos. Cela reviendrait en effet

A/1170/2020 - 28/33 - à se fonder sur l'adage post hoc ergo propter hoc (après le fait, donc à cause de ce fait), lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.). Les attestations du pédiatre et du médecin traitant selon lesquelles le patient ne s'était jamais plaint de douleurs dans le dos, pendant l'adolescence et dès l'âge de 18 ans, n'y changent rien. Tout au plus peut-on en déduire qu'il

se trouvait alors dans un état asymptomatique, ce qui n'est pas la démonstration de l'absence de l'atteinte dégénérative très importante, révélée par l'IRM du 24 janvier 2018. Le recours fait une description manifestement excessive et exagérée de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 27 décembre 2017 : dans l'exposé des faits, le recourant (sa mère) évoque l'événement du 27 décembre 2017 suivi de la consultation du médecin traitant, deux jours après. Puis, sans transition, elle évoque le matin du 18 janvier 2018 où, à son réveil son fils, voulant se rendre aux toilettes, ne pouvait plus marcher, de sorte qu'ils se sont rendus en urgence à l'Hôpital de la Tour. C'était toutefois omettre ce que l'intéressé expliquait lui-même, le 7 mars 2018, lors de son audition par le gestionnaire de sinistre de l'AM : qu'après quelques séances de physiothérapie, prescrites par son médecin traitant le 29 décembre 2017, il allait mieux. Les douleurs avaient pratiquement disparu. Il se sentait plutôt bien, au point que le 17 janvier 2018, il était allé jouer au basket avec des amis. L'omission de ce rappel important dans la chronologie est sans doute à mettre sur le compte de l'argumentation de sa mère dans les motifs à l'appui du recours : elle allègue en effet que la chute du 27 décembre 2017 a laissé son fils handicapé, depuis sa chute jusqu'à ce jour (17 avril 2020); « en effet, malgré les rapports d'IRM et médicaux, les faits sont tels qu'avant sa chute il courait et jouait au basketball sans crainte et qu'aujourd'hui toute activité physique est source de stress et de douleurs selon ses mouvements ». Elle souligne en gras que son fils, âgé de 25 ans, n'avait pas couru ni joué au basketball depuis le 27 décembre 2017; et ce n'était pas par manque d'envie mais bien par crainte d'aggraver sa symptomatologie. Ce qui lui permettait de faire le lien avec l'argument suivant, à savoir qu'au-delà de l'aspect physique, il y avait une partie psychologique indéniable lors de la chronicisation des lombalgies comprenant, entre autres, la kinésiophobie, qui n'avait, selon elle, été abordée par aucun des médecins rencontrés à ce jour et qui faisait malheureusement partie de son mal-être physique et psychique actuel; en quoi elle se trompe car c'est bien ce qu'évoque le Dr C_____ depuis mars 2018. Ceci dit, elle se gardait bien de préciser qu'au jour du dépôt du recours, son fils se trouvait en Espagne, depuis l'automne 2019, en train de suivre une école de réalisateur de cinéma. Ce n'est en effet qu'à lecture du courrier du Dr C_____ du

E. 16

avril 2020 à l'office de l'AM, à la veille du dépôt du recours, que ce dernier évoque l'actuel séjour de son patient en Espagne pour études (ndr. : le Dr E_____ avait également évoqué ce projet, imminent, dans son rapport de l'été 2019). Le Dr C_____ indique, dans son courrier d'avril 2020, que s'il revient sur cette affaire, c'est que le patient avait repris contact après avoir introduit un recours contre la décision de l'assurance militaire qui avait clos le dossier en concluant que les

A/1170/2020 - 29/33 - problèmes lombaires de ce patient, s'ils avaient été révélés ou aggravés par la chute, étaient principalement liés à un état antérieur. Il précisait à nouveau ne pas se prononcer sur ce débat, « qui serait probablement réglé dans le cadre d'une expertise ». Ceci pour indiquer que le problème résidait dans l'angoisse excessive d'une récurrence, déjà évoquée dans un courrier précédent de mai 2018, mais qui selon le médecin traitant restait entière et handicapait considérablement la qualité de vie de son patient. Il rappelait ainsi que suite à ses problèmes lombaires, son patient avait changé d'orientation professionnelle; il terminait actuellement des études en Espagne, et serait de retour en Suisse dans le courant de l'été; le médecin annonçait qu'il ferait alors une demande d'admission à la CRR avec l'espoir de régler le problème de son patient. Il demandait à l'AM qui de l'assurance militaire ou de l'assurance-maladie prendrait en charge cette

hospitalisation. Ce courrier montre qu'en réalité, le patient n'était plus sous aucun traitement depuis un certain temps, et ne l'avait plus consulté depuis pas mal de temps, et pas seulement parce qu'il était à l'étranger : à son retour, il n'a apparemment pas repris de traitement, ce qu'il a confirmé d'entrée de cause lors de son audition par la chambre de céans. Il n'avait en réalité repris contact (plus vraisemblablement sa mère) au moment du dépôt du recours que pour les besoins de la procédure. 11. L'argument relatif à l'état psychique développé par le recourant après l'événement du 27 décembre 2017 n'était certes pas nouveau. Comme on l'a vu, le Dr C_____ l'avait déjà évoqué lors de précédents rapports médicaux, annonçant même, dans son courrier du 7 mars 2019, que son patient ayant dû renoncer à ses projets professionnels notamment de policier, était plongé dans une profonde dépression et qu'une prise en charge psychiatrique avait débuté ainsi qu'un suivi diététique à la suite d'une nouvelle prise de poids. Sur opposition déjà, le recourant sollicitait une expertise psychiatrique. Il n'en demeure pas moins que, comme le relevait déjà la responsable des prestations de l'AM Genève dans ses observations au team juridique dans le cadre de l'opposition du patient du 4 mars 2019, un lien de causalité adéquate entre d'éventuels troubles psychiques et l'événement couvert par l'AM devait manifestement être nié; ce que confirme à juste titre l'intimée dans sa duplique du 27 août 2020. 12. On rappellera en effet que selon la jurisprudence développée en matière d'accidents, 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; ATF 115 V 133

A/1170/2020 - 30/33 - consid. 6; ATF 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; arrêt du Tribunal fédéral 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. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories (grave ou de peu de gravité). 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

A/1170/2020 - 31/33 - 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 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Ces principes étant rappelés, il n'apparaît pas nécessaire de développer plus amplement le mérite de l'argumentation développée par le recourant : non seulement l'événement du 27 décembre 2017 apparaît devoir être qualifié d'accident de peu de gravité; et même à supposer que l'on puisse qualifier cet événement d'accident de gravité moyenne à la limite du cas de peu de gravité, les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'événement assuré et les troubles psychiques ne seraient quoi qu'il en soit pas réunies. Dans le cas d'espèce, le dossier ne met en évidence la réalisation d'aucun des critères susmentionnés. Mais il convient encore d'observer que, comme l'a relevé l'intimée, si le médecin traitant a évoqué, notamment depuis mars 2018, une problématique psychique de son patient, un diagnostic psychiatrique n'a jamais été posé, ni n'a fait l'objet d'une annonce spécifique à l'AM. D'autre part et surtout, dûment interrogé lors de son audition par la chambre de céans, en relation avec le courrier de son médecin traitant du 7 mars 2019, qui évoquait une récente prise en charge psychiatrique, le recourant a confirmé qu'il n'avait eu à l'époque que deux consultations auprès d'un psychiatre, dont il ne se souvenait pas du nom, relevant que, quoi qu'il en soit, ce thérapeute

était décédé entre temps. Il a du reste confirmé par ailleurs qu'il s'était en effet rendu en Espagne depuis l'automne 2019 pour suivre une école de cinéma, dont il avait d'ailleurs obtenu un diplôme. Quant à la demande de prestations de l'assurance-invalidité qu'il disait avoir présentée à

A/1170/2020 - 32/33 - l'époque, il a expliqué qu'il avait exposé à une gestionnaire de l'office de l'assurance-invalidité son désir d'entreprendre des études dans le cinéma et qu'il souhaitait savoir si, dans ce contexte, une aide financière de l'assurance-invalidité pouvait lui être apportée. Dans la mesure où on lui avait dit que s'il partait en Espagne, l'AI ne pourrait intervenir, son dossier avait été fermé; son interlocutrice lui avait toutefois précisé que, si cela était nécessaire, il pourrait déposer une nouvelle demande à son retour de l'étranger. Il l'avait donc fait récemment, après s'être d'abord adressé au chômage, à qui il avait exposé son idée d'accomplir une école de cinéma en Suisse pour faire valider son diplôme espagnol. On lui avait dit que si une aide pouvait lui être apportée, cela ne serait guère que pour trois mois, de sorte que le conseiller lui avait suggéré de s'adresser plutôt à l'AI. Ce qu'il venait de faire. Au vu de ce qui précède, la problématique psychique évoquée et la nécessité d'une expertise psychiatrique n'apparaissent, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas devoir faire l'objet d'autres actes d'instruction, lesquels n'étant de toute manière pas susceptibles d'influencer le sort du présent recours. Un renvoi à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire n'apparaît pas non plus justifié. 13. Il résulte de ce qui précède que la décision entreprise n'est pas critiquable. En tout point mal fondé, le recours sera rejeté. 14. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/1170/2020 - 33/33 - 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.