

## **GE\_GERICHTE A/2749/2007 vom 27. März 2008**

GE Cour de justice, 2008-03-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2749\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2749_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/2749/2007 du 27 mars 2008

IT: GE\_GERICHTE A/2749/2007 del 27 marzo 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.03.2008  
A/2749/2007

A/2749/2007 ATAS/366/2008 du 27.03.2008 ( LAA ) , REJETE Recours TF déposé le 29.04.2008, rendu le 24.06.2008, IRRECEVABLE, 8C\_345/2008 En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2749/2007  
ATAS/366/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 3 du 27 mars 2008 En la cause Monsieur Z\_\_\_\_\_, domicilié aux  
AVANCHETS recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE  
EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 LUCERNE,  
intimée EN FAIT Le 18 décembre 2006, Monsieur Z\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né  
en 1969, a été victime d'une chute alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail. La  
déclaration d'accident établie le même jour indique que l'assuré a été atteint au pied et  
précise : "En entrant sur le chantier de l'école, M. Z\_\_\_\_\_ a glissé sur une planche  
en bois." Le Dr A\_\_\_\_\_ a mis un terme au traitement le 30 janvier 2007 et a déclaré  
l'assuré apte au travail à plein temps à compter du 5 février 2007. L'assuré a par la suite  
consulté le Dr B\_\_\_\_\_, chiropraticien, qui, dans un rapport établi à l'intention de la  
CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS  
(Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) le 2 mars 2007, a posé les  
diagnostics suivants : syndrome du compartiment interne du genou gauche (suspicion de  
déchirure du ménisque interne postérieur), dysfonction sacro-iliaque post-traumatique et  
syndrome vertébral et cervical post-traumatique. Le chiropraticien a indiqué que l'évolution  
était bonne globalement, que les douleurs à l'interligne du genou gauche avaient disparu,  
ainsi que la boiterie et qu'au niveau des cervicales, et que la mobilité s'était également  
améliorée. Il a expliqué qu'il y avait eu à nouveau incapacité de travail à compter du 6 février  
2007 du fait de la boiterie présentée par l'assuré et incompatible avec l'activité de nettoyeur.  
Le chiropraticien a préconisé une reprise du travail à plein temps à compter du 9 mars 2007.  
Le Dr A\_\_\_\_\_ a également établi un rapport médical en date du 5 mars 2007. Il  
indique avoir constaté chez l'assuré une boiterie, une difficulté à plier et tendre le genou et  
une douleur interne de la cuisse gauche avec paresthésie. Il a diagnostiqué un claquage de la  
cuisse gauche et prescrit des anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie. Le  
médecin a préconisé une capacité de travail à 100% à compter du 5 février 2007. Les  
troubles persistant, l'assuré a été examiné par le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en  
chirurgie et médecin d'arrondissement de la CAISSE NATIONALE SUISSE  
D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ;  
ci-après la SUVA) le 18 avril 2007. L'assuré a expliqué avoir fait une chute en arrière et  
s'être griffé la partie postérieure et distale de la jambe droite. Il a évoqué un possible choc à  
la nuque, mais sans perte de connaissances. Il a expliqué avoir été traité par le  
Dr A\_\_\_\_\_ pour les douleurs de la cuisses, mais n'avoir signalé des nualgies

postérieures droites, accompagnées d'un sentiment de vertige qu'au Dr B \_\_\_\_\_, au mois de février 2007. Le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à des radiographies de la colonne cervicale et du crâne en date du 19 avril 2007. Au niveau de la colonne cervicale, il a relevé une discrète scoliose cervicale en S, des discopathies modérées étagées prédominant en C5-C6, visibles sous la forme d'un discret pincement des espaces inter-somatiques et d'une ostéophytose marginale, essentiellement antérieure, des plateaux vertébraux adjacents, prenant un aspect quasi en pont. Il a conclu qu'il n'y avait pas d'altération morphologique des corps vertébraux, que le canal rachidien était de dimension normale et relevé encore une uncarthrose modérée étagée, prédominant en C5-C6. Le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré le 24 avril 2007. Il a rapporté que ce dernier se plaignait de douleurs cervicales droites modérées et de douleurs du membre inférieur gauche. Au niveau de ce dernier, l'évolution a été qualifiée de favorable. En ce qui concerne les cervicalgies droites, elles persistent de façon intermittente. A partir de début février, le patient a constaté dans certaines régions des sensations anormales comme de brèves décharges électriques irradiant parfois dans le cuir chevelu à droite. Depuis cette même période, il s'est plaint d'un acouphène droit intermittent, mais non pulsatile, à type de sifflements. Le Dr E \_\_\_\_\_ n'a constaté ni trouble visuel, auditif ou olfactif ni vertiges, ni malaises, ni pertes de connaissance. Le médecin a conclu qu'hormis une douleur cervicale droite modérée, l'examen neurologique était normal. Il a retenu des cervicalgies post-traumatiques. Il a ajouté que les brèves décharges électriques s'expliquaient probablement par l'irritation des petits nerfs locaux et qu'il n'y avait pas d'éléments pour une autre pathologie nerveuse centrale ou périphérique. Le Dr F \_\_\_\_\_ a pour sa part constaté à l'examen de l'assuré que la mobilité de la tête ne montrait aucune limitation, que l'intéressé marchait sans boiterie, qu'il pouvait s'accroupir de façon complète et profonde, marchait sur les talons et la pointe des pieds sans limitation, pouvait bien exécuter des sautilllements avec allégation de gêne sous forme de tiraillements au niveau para-cervical droit et que l'appui monopodal était bien réalisé. Le patient a mentionné avoir été opéré d'une hernie inguinale droite par laparoscopie le 21 février 2007, avoir séjourné à cette occasion trois jours à l'hôpital et être tout à fait satisfait du résultat. L'assuré a expliqué que, lors de son accident, il a glissé et a fait une chute en arrière avec une griffure de la partie postérieure et distale de la jambe gauche avec possible choc de la nuque, mais sans perte de connaissance, ni amnésie. Il a d'abord été traité par le Dr A \_\_\_\_\_ pour des douleurs de la cuisse gauche, qui, avec la physiothérapie, ont évolué favorablement. Aucun bilan radiologique n'a été réalisé. En février 2007, il a consulté le Dr B \_\_\_\_\_ et ce n'est qu'à ce moment qu'il a signalé des nuchalgies postérieures droites et des sentiments de vertige, ce qui a été confirmé après contact téléphonique avec le Dr B \_\_\_\_\_. Les seules plaintes de l'assuré portent désormais sur des cervicalgies inconstantes, non permanentes, avec une douleur postérieure qui remonte au niveau occipital à droite et parfois, un sentiment nauséux et de vertige; il n'existe aucun blocage au niveau de la nuque; aucun traitement médicamenteux particulier n'a été mis en place; le patient dit n'avoir aucun problème, lorsqu'il est assis. Le Dr F \_\_\_\_\_ a conclu qu'au niveau du membre inférieur, la guérison était acquise. Du point de vue de l'appareil locomoteur tant rachidien que des membres, aucune limitation n'avait été décelée à l'examen clinique. A l'examen neurologique, aucun déficit sensitivomoteur n'avait été mis en évidence. Quant à l'examen neurologique complet effectué par le Dr E \_\_\_\_\_, il s'était révélé normal et le bilan radiologique récent n'avait mis en évidence aucune lésion de type traumatique, hormis les discopathies étagées. Le Dr F \_\_\_\_\_ a conclu qu'à

bientôt cinq mois d'une chute sans perte de connaissance et impact occipital, aucune lésion traumatique n'avait été mise en évidence, de sorte qu'il était raisonnable de conclure que les conséquences de l'accident étaient éteintes. Par décision du 7 mai 2007, la SUVA a mis un terme au versement des prestations d'assurance avec effet au 31 mai 2007, motif pris que les troubles présentés par l'assuré au-delà de cette date n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident. Le 29 mai 2007, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant ne s'être pas remis de sa chute et toujours souffrir de la nuque sur le côté droit, alors qu'avant son accident, il n'avait aucun problème de santé et ne prenait aucun médicament. Par décision sur opposition du 13 juin 2007, la SUVA a confirmé sa décision précédente en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. La SUVA a tout d'abord relevé qu'au niveau du membre inférieur gauche, la guérison était acquise et que seule demeurait donc litigieuse la question de savoir si des prestations devaient être versées pour les troubles invoqués par l'assuré au niveau de sa nuque. A cet égard, la SUVA s'est référée à l'avis du Dr C \_\_\_\_\_ qui, en conclusion à son rapport d'examen, a estimé que, cinq mois après une chute sans perte de connaissance et impact occipital, aucune lésion traumatique ne pouvait être mise en évidence, de sorte qu'il y avait lieu de reconnaître que les conséquences de l'accident devaient être considérées comme éteintes. La SUVA a estimé qu'il n'existait aucun argument permettant de mettre en doute l'avis du médecin d'arrondissement. Elle a ajouté que le fait que l'assuré n'ait rencontré aucun problème de santé avant l'accident n'exerçait pas d'influence sur l'issue de la procédure. Par courrier du 10 juillet 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue que, depuis sa chute, il est toujours "handicapé du côté droit de la nuque" et fait remarquer qu'avant l'accident, il n'a rencontré aucun problème de santé, ni pris aucun médicament. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 29 août 2007, a conclu au rejet du recours. La SUVA fait remarquer que le Dr F \_\_\_\_\_ a fait procéder à des examens neurologiques et radiologiques, que le premier s'est révélé dans les normes et que le second n'a mis en évidence aucune lésion traumatique; seuls des troubles dégénératifs de la colonne cervicale sous forme de discopathies, d'ostéophytose et d'uncarthrose ont été diagnostiqués. Selon la SUVA, ces examens permettent d'écarter tout lien de causalité entre les plaintes de l'assuré et l'accident. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, doit être déclaré recevable (art. 60 LPGA). Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à des prestations au-delà du 31 mai 2007. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. Toutefois, de même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, il suffit que la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré soit établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit c'est-à-dire à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence). Cette règle n'entre cependant en considération que s'il n'est pas possible, dans les limites 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 264 consid. 3b et les références). Cela ne signifie pas que l'assureur doit apporter la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle en prouvant des 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 (ATFA U 451/05 du 25 octobre 2006 consid. 2; U 359/04, du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 352 ss consid. 3 et les références). Ainsi, s'agissant de la valeur probante des 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 qu'un médecin est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). En l'espèce, le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ doit se voir accorder pleine valeur probante dans la mesure où ses conclusions sont claires et bien motivées et où toutes les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. Bien plus, il n'existe au dossier aucun élément médical suffisant pour s'écarter de l'opinion du Dr F\_\_\_\_\_. En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ n'a relevé que des troubles dégénératifs et le Dr E\_\_\_\_\_ a conclu qu'hormis une douleur cervicale droite modérée, l'examen neurologique était normal. A l'examen clinique, aucune limitation de la mobilité de la tête n'a été mise en évidence. Quant à l'argument du recourant, lequel souligne n'avoir jamais rencontré de problème avant l'accident, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, 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 avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b; arrêt A. du 31 juillet 2001 [U 492/00] consid. 3c). C'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Or, en l'occurrence, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé qu'à cinq mois d'une chute sans perte de connaissance et impact occipital, aucune lésion traumatique n'avait été mise en évidence, de sorte qu'il était raisonnable de conclure que les conséquences de l'accident étaient éteintes. Étant rappelé que la question de la causalité naturelle doit s'examiner en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, est seul décisif en l'espèce, l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ selon lequel les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît qu'un lien de causalité naturelle n'apparaît pas suffisamment prouvé pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mai 2007. Le recours est donc rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou

de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Brigitte LÜSCHER La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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