

## GE\_GERICHTE A/2899/2013 vom 4. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2899\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2899_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/2899/2013 du 4 mars 2014

IT: GE\_GERICHTE A/2899/2013 del 4 marzo 2014

### Erwägungen

#### E. 2

ème Chambre En la cause Madame H\_\_\_\_\_, domiciliée à ST-GENIS POUILLY, FRANCE recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Madame H\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, est employée depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2006 dans le service des ressources humaines d'une société anonyme sise à Genève et active dans la fabrication et la vente de montres, la bijouterie, les montres-bijoux, la joaillerie, ainsi que le commerce d'articles de luxe de toute nature, notamment de parfums et de maroquinerie. A ce titre, elle est obligatoirement assurée pour les accidents et les maladies professionnelles auprès de la SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).! [endif]>![if> 2. Le 5 mai 2011, l'assurée a subi un accident. Selon la déclaration d'accident-bagatelle adressée à la SUVA le 16 mai 2011 par son employeur, elle a ressenti des douleurs au dos à la suite d'un choc occasionné par un trou dans la chaussée alors qu'elle circulait à moto en tant que passagère. Les premiers soins ont été prodigués le jour même par le Dr L\_\_\_\_\_. Les parties du corps atteintes étaient "épaule droite, dos bilatéral, doigts droits". Le type d'atteinte était une luxation.! [endif]>![if> 3. Le 18 mai 2011, la SUVA a informé le Dr L\_\_\_\_\_ qu'elle accordait une garantie de prise en charge pour le traitement médical de l'assurée.! [endif]>![if> 4. Par rapport du 25 avril 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des contusions multiples, sans fracture traumatique. L'assurée décrivait des douleurs interscapulaires et une hypersensibilité de la main gauche, surtout du troisième doigt. L'accident du 16 mai 2011 et ses séquelles étaient intriqués avec la découverte d'une lésion tumorale bénigne. Aucune incapacité de travail n'était retenue, mais le cas décrit comme difficile et les examens et le traitement encore en cours.! [endif]>![if> 5. Une IRM réalisée le 5 janvier 2012 par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, était jointe audit rapport. Ce médecin concluait à une discopathie dégénérative débutante C5-C6 et C6-C7. Le canal cervical n'était pas étroit. L'IRM avait mis en évidence une hernie disco-ostéophytaires postéro-latérale et foraminale gauche aux dépens du disque C5-C6. Cette hernie produisait une sténose de l'ordre de 50% du foramen de conjugaison C5-C6 d'où émergeait la racine C6 gauche. Sa composante postéro-latérale gauche qui venait au contact du cordon médullaire pouvait être à l'origine de la symptomatologie C7 gauche que présentait l'assurée. Une masse polykystique de la selle turcique avait été mise en évidence et nécessitait des investigations complémentaires.! [endif]>![if> 6. Le 24 mai 2012, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie, en chirurgie pédiatrique et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport. Dans l'historique médical de la recourante, il indiquait notamment que l'assurée était atteinte d'une lésion tumorale maligne de la selle turcique, en

référence au rapport du 25 avril 2012 du Dr L\_\_\_\_\_.! [endif]> [if> Selon lui, il n'existait aucun lien de causalité entre les atteintes mises en évidence par l'IRM du 5 janvier 2012 et l'accident-bagatelle, les lésions dégénératives relevées n'ayant pas pu se développer en huit mois. Compte tenu de ces éléments, il considérait qu'aucun traitement ne se justifiait à compter du 24 mai 2012 pour les suites de l'accident du 5 mai 2011. 7. Par décision du 25 mai 2012, la SUVA a mis fin à toute prestation dès le 25 mai 2012, se fondant sur l'avis du Dr N\_\_\_\_\_. En substance, elle niait tout lien de causalité entre l'événement du 5 mai 2011 et les lésions au rachis cervical annoncées en janvier 2012.! [endif]> [if> 8. Par courrier du 23 juin 2012, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a rappelé que suite à son accident, elle avait immédiatement ressenti un point dans le dos et des fourmillements dans l'épaule droite et dans trois doigts de la main gauche, suivis rapidement d'une perte de sensibilité. Le Dr L\_\_\_\_\_ lui avait prescrit de la physiothérapie, ce qui avait amélioré son état petit à petit. Elle subissait toutefois encore des troubles sous la forme d'un point dans le dos au niveau des omoplates et d'une perte de sensibilité au troisième doigt de la main gauche. Contrairement à ce qui était indiqué dans la décision, elle ne souffrait pas d'aucune douleur à la nuque, au cou ou au rachis. Elle avait des douleurs au dos entre les omoplates, déclenchée lorsqu'elle tournait la tête, ce qui n'avait jamais fait l'objet d'investigations pour en connaître l'origine. Elle admettait une discopathie dégénérative mais refusait que le Dr N\_\_\_\_\_ la considère comme la cause de ses troubles sans même l'avoir rencontrée. En effet, ces lésions dégénératives ne lui avaient causé aucune douleur jusqu'à présent. L'accident était donc bien la cause de ses symptômes au dos, à l'épaule et aux doigts. L'assurée a en outre relevé que le Dr N\_\_\_\_\_ avait retenu qu'elle souffrait d'une tumeur maligne, alors que tous les médecins qu'elle avait consultés mentionnaient une tumeur bénigne. Il s'agissait là d'une erreur manifeste de diagnostic et d'une faute grave de ce médecin. Enfin, les traitements de physiothérapie prescrits par le Dr L\_\_\_\_\_ amélioraient nettement sa perte de sensibilité et ses douleurs, lui ayant certainement évité un ou plusieurs arrêts de travail.! [endif]> [if> 9. Le 26 juin 2012, le Dr N\_\_\_\_\_ a rendu une nouvelle appréciation médicale qui annulait et remplaçait celle du 24 mai 2012, corrigeant la nature de la tumeur conformément au rapport du 25 avril 2012 du Dr L\_\_\_\_\_. Pour le surplus, il maintenait son analyse du cas et ses conclusions.! [endif]> [if> 10. Par courrier du 27 juin 2012, le Dr N\_\_\_\_\_ s'est excusé auprès de l'assurée de cette erreur. La tumeur n'était en effet pas maligne mais bénigne. Il s'était entretenu avec le Dr L\_\_\_\_\_ et avait convenu de concert avec lui de faire une IRM de la région du dos qui la faisait souffrir. A réception des résultats de cet examen, il s'engageait à réexaminer son dossier.! [endif]> [if> 11. Le 29 juin 2012, la SUVA a informé l'assurée que dans l'attente de la nouvelle appréciation médicale du Dr N\_\_\_\_\_, elle suspendait la procédure en cours.! [endif]> [if> 12. Le 21 septembre 2012, les Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ se sont entretenus par téléphone. Selon le Dr L\_\_\_\_\_, l'assurée n'était plus en arrêt de travail. L'IRM demandée n'avait pas encore été réalisée. L'assurée avait subi un nouveau traumatisme à son rachis cervical, à priori sans lésion associée, lors d'une chute chez un médecin le 28 août 2012. Une déclaration d'accident avait été faite en ce sens à la SUVA. D'un commun accord, les Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ont convenu que l'examen de la colonne dorsale de l'assurée aurait lieu en même temps que l'IRM prévue pour le bilan de sa tumeur. Il n'y avait pas d'urgence à vérifier l'état actuel de la colonne. Une éventuelle lésion de type traumatique ancienne pourrait être décelée sur ce bilan.! [endif]> [if> 13. Le 29 janvier 2013, après plusieurs rappels de la SUVA demeurés sans réponse, le Dr

N\_\_\_\_\_ s'est adressé au Dr L\_\_\_\_\_ afin que ce dernier lui indique si l'IRM de la colonne dorsale avait eu lieu. Dans le cas contraire, il entendait la prescrire afin de clarifier la situation.![endif]>![if> 14. Le 11 février 2013, suite à un entretien téléphonique avec le Dr L\_\_\_\_\_, le Dr N\_\_\_\_\_ s'est adressé à l'assurée pour connaître les raisons pour lesquelles l'IRM de sa colonne dorsale, pourtant prescrite par le Dr L\_\_\_\_\_, n'avait pas encore eu lieu. L'assurée était invitée à se soumettre à cet examen dans les meilleurs délais ou, si elle avait été réalisée, à lui transmettre une copie du compte-rendu rapidement. A défaut, il serait dans l'obligation de statuer sur la base du dossier en sa possession.![endif]>![if> 15. Par courrier du 25 février 2013, le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé au Dr N\_\_\_\_\_ avoir donné un bon à l'assurée pour une IRM de la colonne dorsale. Elle souhaitait subir cet examen en même temps que celui qui allait être organisé pour son problème neuroendocrinologique.![endif]>![if> 16. Par courrier du 26 février 2013, la SUVA a requis de l'assurée qu'elle se soumette à l'IRM demandée depuis le 27 juin 2012 et que les clichés et le compte-rendu de lecture lui soit ensuite adressés. Un délai au 13 mars 2013 lui était imparti, à l'issue duquel le Dr N\_\_\_\_\_ statuerait en l'état.![endif]>![if> 17. Le 4 mars 2013, l'assurée a informé la SUVA que l'IRM serait réalisée le 13 mars 2013 et qu'elle lui ferait suivre le compte-rendu et les clichés. En outre, elle exprimait son incompréhension quant à l'insistance de la SUVA à propos de l'IRM de sa colonne dorsale. Enfin, elle indiquait que certaines informations médicales la concernant avaient été communiquées à la SUVA par le Dr L\_\_\_\_\_ sans son accord.![endif]>![if> 18. Le 13 mars 2013, l'assurée a pris contact avec la SUVA pour l'informer que le centre de radiologie où elle se trouvait refusait de réaliser l'IRM dans la mesure où la SUVA ne lui avait pas fourni de bon pour cet examen. Cette dernière lui a répondu que le Dr L\_\_\_\_\_ lui avait fourni le document nécessaire, ce que l'assurée a réfuté. Après une discussion animée, il a été convenu que l'IRM de la colonne dorsale serait repoussée et que le Dr N\_\_\_\_\_ établirait le bon nécessaire.![endif]>![if> 19. Le 14 mars 2013, l'assurée a informé la SUVA que le Dr L\_\_\_\_\_ avait pris sa retraite et qu'elle cherchait un nouveau médecin traitant. Elle a donc demandé que le délai qui lui était imparti pour se soumettre à l'IRM soit prolongé.![endif]>![if> 20. Le 22 mars 2013, la SUVA a indiqué à l'assurée que le Dr N\_\_\_\_\_ avait préparé le bon nécessaire et organisé l'IRM pour le 25 mars 2013.![endif]>![if> 21. Le même jour, l'assurée a prévenu la SUVA qu'elle était dans l'impossibilité de se soumettre à l'IRM à la date prévue, en raison d'obligations professionnelles. Un rendez-vous était fixé au 26 mars 2013 avec son nouveau médecin traitant, auquel elle demanderait un bon pour l'IRM.![endif]>![if> 22. Le 2 avril 2013, la SUVA a pris bonne note de ces éléments et imparti à l'assurée un délai au 30 avril 2013 pour se soumettre à l'examen demandé.![endif]>![if> 23. Le 17 avril 2013, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a attesté que l'assurée s'était présentée pour l'IRM dorsale prescrite le jour même. Elle était porteuse d'une tige de Harrington implantée en décembre 1971 en raison d'une scoliose. Les clichés de repérage montraient une scoliose dorso-lombaire (appréciation très limitée). Dès le début de la première séquence de diagnostic, l'assurée avait interrompu l'examen en raison d'une chaleur inhabituelle ressentie dans le dos. En raison de l'ancienneté du matériel qui était implanté, l'examen avait été abandonné. Le Dr O\_\_\_\_\_ relevait encore que l'assurée était toutefois passée dans le même appareil pour une IRM cérébrale en septembre 2012 et pour une IRM de la colonne cervicale le 5 janvier 2012. Les clichés de repérage mettaient en évidence un kyste de sept centimètres au pôle inférieur du rein droit. Enfin, le Dr O\_\_\_\_\_ indiquait que le dossier radiologique en sa possession ne contenait pas de

radiographie ni de scanner de la colonne dorsale.![endif]>![if> 24. Par rapport du 10 juin 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ a pris note du fait que l'assurée était porteuse d'une scoliose traitée en 1971 par une tige de Harrington, soit le meilleur traitement possible à l'époque. Compte tenu de ces nouveaux éléments, on pouvait conclure qu'il n'existait aucun lien de causalité pour le moins probable entre les douleurs inter-scapulaires et l'accident-bagatelle du 5 mai 2011. La découverte de son état pathologique antérieur par le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ devait permettre la clôture définitive du dossier, étant précisé que l'appréciation contenue dans le rapport du 26 juin 2012 était toujours d'actualité.![endif]>![if> 25. Par décision du 12 juillet 2013, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée et retiré tout effet suspensif à un éventuel recours. Elle s'est appuyée sur les appréciations du Dr N\_\_\_\_\_ pour nier tout lien de causalité entre les douleurs ressenties par l'assurée et son accident du 5 mai 2011. Le fait que le Dr N\_\_\_\_\_ ait, par erreur, mentionné qu'elle souffrait d'une tumeur maligne ne permettait pas de remettre en cause la valeur probante de ses rapports.![endif]>![if> 26. Par acte du 11 septembre 2013, l'assurée interjette recours contre cette décision, concluant à ce qu'on réexamine son dossier. En substance, elle rappelle les circonstances de son accident du 5 mai 2011, les douleurs et pertes de sensibilité ressenties et le fait que le Dr N\_\_\_\_\_ ait relevé par erreur l'existence d'une tumeur maligne. Elle conteste l'analyse de ce dernier quant à la discopathie dégénérative dont elle serait atteinte, dans la mesure où elle n'a subi ni radio, ni IRM, que son médecin traitant ne lui en a jamais parlé et que le Dr N\_\_\_\_\_ ne l'a jamais rencontrée. De plus, même s'il fallait considérer qu'elle était atteinte d'une discopathie dégénérative, celle-ci ne l'avait jamais fait souffrir avant l'accident. Elle relève également avoir été harcelé par le Dr N\_\_\_\_\_ afin qu'elle se soumette à une IRM, laquelle n'a pu finalement avoir lieu en raison de la barre métallique fixée à sa colonne vertébrale depuis 1971. Le Dr N\_\_\_\_\_ en avait d'ailleurs déduit un état pathologique ancien écartant tout lien de causalité entre les douleurs ressenties et l'accident ce qu'elle conteste, au même titre que les compétences professionnelles de celui-ci. D'ailleurs, sa physiothérapeute était en mesure de confirmer à la Cour de céans que son état actuel n'avait rien à voir avec sa scoliose.![endif]>![if> 27. Dans sa réponse du 18 octobre 2013, l'intimée, par l'intermédiaire de son conseil, conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle considère que rien au dossier ne permet de s'écarter de l'avis du Dr N\_\_\_\_\_. La découverte de la scoliose rendait superflu tout examen médical complémentaire, quand bien même une IRM était antérieurement requise. Certes, le Dr N\_\_\_\_\_ avait commis une erreur en écrivant « tumeur maligne » au lieu de « tumeur bénigne » dans son rapport du 24 mai 2012. Il s'agissait toutefois d'une erreur de plume sans conséquence sur ses compétences médicales. Le fait que des douleurs étaient apparues après l'accident ne suffisait pas pour établir un lien de causalité, contrairement à ce que soutenait la recourante. Par ailleurs, celle-ci n'avait apporté aucun élément permettant de soutenir son argumentation.![endif]>![if> 28. Par courrier du 7 novembre 2013, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle conteste pour le surplus les compétences médicales du Dr N\_\_\_\_\_ en raison des erreurs qu'il a commises, ainsi que les méthodes de l'intimée qui fouille (sic.) dans le passé médical des assurés pour éviter de faire face à ses obligations.![endif]>![if> 29. Dans sa réplique du 6 décembre 2013, la recourante rappelle l'ensemble de son argumentation et persiste intégralement dans ses conclusions.![endif]>![if> 30. Dans sa duplique du 11 décembre 2013, l'intimée persiste également dans ses conclusions.![endif]>![if> 31. Par courrier du 17 décembre 2013, la recourante a une nouvelle fois rappelé sa position et maintenu ses conclusions.![endif]>![if>

32. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition a été rendue le vendredi 12 juillet 2013. Si la Cour de céans ignore la date à laquelle la recourante s'est vue notifier cette décision, la notification n'a pu intervenir que le samedi 13 juillet 2013 au plus tôt. Or, l'art. 38 al. 4 let. b LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Par conséquent, le délai de recours est arrivé à échéance le 12 septembre 2013 dans le meilleur des cas. Interjeté ce jour-là dans la forme prévue par la loi, le recours est par conséquent recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 25 mai 2012, plus particulièrement sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre ses atteintes à la santé et l'accident du 5 mai 2011. 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7.

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

8. 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).

9. 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 LPG), 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. A 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 125 V 351 consid. 3).

10. 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). 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. Etant 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). 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). 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).>[if > 10. 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).>[if > 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 (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1 ; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3). 11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122

III 219 consid. 3c). 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).>[endif]>[if> 12. L'assureur-accidents dispose de la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu. Ce n'est que lorsqu'il souhaite mettre un terme au versement de ses prestations avec effet rétroactif et requérir la restitution des prestations versées à tort que l'assureur doit respecter les conditions de la reconsidération (ATFA non publié U 6/03 du 6 mai 2003, consid. 4.2.1). Sont toutefois réservés les cas dans lesquels le principe de la confiance s'oppose à une cessation immédiate des prestations. L'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).>[endif]>[if> 13. En l'espèce, la recourante considère que ses douleurs et pertes de sensibilité sont dues à son accident du 5 mai 2011. Elle relève qu'avant cet accident, aucun de ces symptômes ne l'affectait et conteste les compétences du Dr N\_\_\_\_\_, ainsi que la valeur probante de ses rapports.>[endif]>[if> Pour sa part, l'intimée se fonde sur ces rapports pour nier tout lien de causalité entre les troubles présentés par la recourante et son accident. Selon les rapports des 26 juin 2012 et 10 juin 2013 du Dr N\_\_\_\_\_, la recourante présente une discopathie dégénérative et est porteuse d'une tige de Harrington implantée en 1971 pour traiter une scoliose, ce qui exclut tout lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident. Le Dr N\_\_\_\_\_ fonde principalement son appréciation sur le compte-rendu d'une IRM réalisée par le Dr M\_\_\_\_\_ le 5 janvier 2012, ainsi que sur les constatations du Dr O\_\_\_\_\_ du 17 avril 2013. La Cour de céans constate en premier lieu que le Dr N\_\_\_\_\_ a analysé le cas de la recourante sans l'avoir examinée. Toutefois, conformément à la jurisprudence, cela n'a en l'espèce aucune incidence sur la valeur probante de ses rapports, dans la mesure où son appréciation du cas est basée sur les rapports médicaux de médecins ayant examiné la recourante. En outre, cette dernière n'a apporté au dossier aucun élément objectif permettant de remettre en cause les rapports du Dr N\_\_\_\_\_. D'ailleurs, le médecin traitant de la recourante ne le contredit pas non plus. Il apparaît donc que l'ensemble des pièces médicales du dossier vont dans le sens des conclusions prises par le Dr N\_\_\_\_\_, qu'il convient par conséquent de suivre. Quant à l'erreur de qualification de la tumeur dont la recourante fait grand cas, celle-ci s'apparente, selon toute vraisemblance, à une erreur de plume qui ne saurait suffire à nier la valeur probante des conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ ou à remettre en cause ses compétences professionnelles. En effet, non seulement cette erreur apparaît uniquement dans l'historique médical du rapport du 24 mai 2012, mais elle a été corrigée dans le rapport du 26 juin 2012, lequel l'a annulé et remplacé, et a fait l'objet d'un courrier d'excuse du Dr N\_\_\_\_\_ à l'attention de la recourante. D'ailleurs, le fait que la tumeur de la selle turcique soit maligne ou bénigne est sans incidence pour l'appréciation du cas et le Dr N\_\_\_\_\_ n'en a d'ailleurs tiré aucune conclusion. Enfin, contrairement à ce qu'elle soutient et conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le fait que ses douleurs ne se sont manifestées qu'après son accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité

naturelle avec cet événement. Le grief de la recourante lié au harcèlement qu'aurait orchestré le Dr N\_\_\_\_\_ et l'intimée afin qu'elle se soumette à l'IRM de sa colonne dorsale est surprenant et sans pertinence eu égard au présent litige. Certes, les rappels et injonctions à l'attention de la recourante figurent en nombre au dossier. Toutefois, ils ont été rendus nécessaires par la passivité et la mauvaise volonté de la recourante qui, après avoir fait valoir des douleurs dorsales qui n'avaient pas été spécifiquement investiguées, a mis plusieurs mois à se soumettre à l'examen en repoussant systématiquement la date de l'IRM demandée. Rappelons encore qu'à teneur de l'art. 43 al. 2 LPGA, la recourante était tenue de se soumettre aux examens médicaux nécessaires et raisonnablement exigibles, catégorie dans laquelle l'IRM de sa colonne dorsale entre manifestement. Dès lors, aucun grief ne peut être retenu à l'encontre du Dr N\_\_\_\_\_ ou de l'intimée sur ce point. Le grief de la recourante lié à la « fouille » illégitime de son passé médical dans le but de clore son dossier sans allouer de prestation n'emporte pas non plus la conviction de la Cour de céans. En effet, afin de déterminer si les assurés qui requièrent le versement de prestations y ont droit, il appartient aux assurances sociales, dont fait partie la SUVA, d'analyser la situation médicale de ces derniers, y compris leurs antécédents médicaux, lesquels peuvent, selon les cas, expliquer en tout ou partie les symptômes présentés. On relèvera enfin que même si l'intimée ne prenait pas en compte l'antécédent de scoliose de la recourante pour nier le lien de causalité entre les douleurs et l'accident, elle pourrait, selon toute vraisemblance, se baser uniquement sur sa discopathie dégénérative, dont l'existence a été admise par la recourante dans son opposition du 23 juin 2012, même si elle l'a contestée par la suite. Compte tenu de ces éléments, force est donc de constater que c'est à bon droit que l'intimée a mis fin à toute prestation dès le 25 mai 2012, faute de lien de causalité entre les atteintes à la santé de la recourante et son accident du 5 mai 2011. 14. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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