

GE_GERICHTE A/295/2015 vom 29. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_295_2015

FR: GE_GERICHTE A/295/2015 du 29 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/295/2015 del 29 settembre 2015

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 31 août 2014 pour les suites de l'accident qu'il a subi le 24 octobre 2013. Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions de 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).

E. 3

a. 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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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, voulant qu'en matière d'assurances sociales les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; ATF 126 V 319 consid. 5a ; 125 V 193 consid. 2). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le

droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Reste toutefois réservé le cas des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA), qui le sont tant et aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 4

a. Le devoir qu'a l'assurance-accidents d'allouer des prestations lorsque le lien de causalité a été établi cesse lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, question qu'il y a lieu d'examiner en principe selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, le cas des lésions assimilées à un accident restant réservé (cf. ci-dessus consid. 3b). Ainsi, lorsqu'un état malade préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état malade préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas à justifier la cessation du versement des prestations (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

b. L'assureur-accidents a 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 les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut ainsi liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380).

E. 5

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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). b. 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). c. 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). aa. 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). bb. 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 ; 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). cc. Une appréciation médicale, respectivement 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement

sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 6

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient à l'administration, respectivement au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n. U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n. U 363 p. 46 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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 nécessairement 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 7

En l'espèce, l'intimé a admis, dès novembre 2013, que le recourant avait été victime, le 24 octobre 2013, d'un accident professionnel, dont il a accepté la prise en charge. Par sa décision du 14 août 2014, fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, il a mis un terme au 31 août 2014 à ses prestations pour les suites de l'accident considéré, estimant que les troubles dont le recourant souffrait encore, consistant en une spondylo-discarthrose, n'étaient plus dus à cet accident, mais étaient exclusivement de nature malade. À la suite de l'opposition formée par le recourant à cette décision, l'intimé a soumis le dossier à son

spécialiste en neurologie. Ce dernier a estimé, le 3 décembre 2014, qu'un diagnostic de contusion médullaire consécutif à l'événement du 24 octobre 2014 ne pouvait être qualifié que de possible ; l'absence de déficits neurologiques documentés ayant un lien chronologique immédiat avec ledit événement parlait en défaveur de cette suspicion diagnostique ; la lésion médullaire au niveau des vertèbres C5-C6 avait pu se développer ultérieurement et progressivement, dans le contexte d'un canal rachidien étroit de nature constitutionnelle et de modifications dégénératives affectant la partie inférieure du rachis cervical ; il n'avait pas été fait mention d'une blessure de la région de la tête en rapport avec l'événement précité ; il n'y avait pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement de l'intimé, fixant un statu quo sine au 31 août 2014. Par décision du 18 décembre 2014, l'intimé a rejeté l'opposition du recourant, en déclarant renoncer à examiner si les conditions d'une reformatio in pejus, tenant à une négation de tout événement accidentel à la charge de l'intimé, étaient remplies. Il n'y a pas matière, pour la chambre de céans, à remettre en question ce que l'intimé a admis, y compris dans sa décision du 14 août 2014 confirmée par la décision attaquée en tant que celle-ci rejette l'opposition formée à son encontre, à savoir que le recourant a subi, le 24 octobre 2013, un accident professionnel, dont les suites sont à la charge de l'intimé. Le litige porte sur la mise d'un terme, à la date du 31 août 2014, aux prestations de l'intimé pour ledit événement accidentel.

E. 8

a. Il n'est pas contesté que les diagnostics différentiels d'épendymome, de myélite et de maladie démyélinisante évoqués initialement, sur la base de l'IRM du 7 janvier 2014, ont été écartés à juste titre, ni – ainsi que l'intimé le relève dans la décision attaquée – que le recourant ne souffrait pas d'une myélopathie avant l'événement accidentel du 24 octobre 2013. C'est bien principalement d'une myélopathie cervicale postérieure à ce dernier dont il est question, mais alors que celle-ci serait, pour le médecin de l'intimé, une myélopathie cervicale chronique apparue quelque six semaines après ledit événement accidentel, et qui se serait développée progressivement après ce dernier à cause du canal rachidien constitutionnellement étroit et d'altérations dégénératives, il s'agirait, notamment pour les médecins des services de radiologie et de neurologie des HUG, d'une contusion médullaire consécutive à l'accident précité, soit d'une myélopathie post-traumatique. b. En l'espèce, l'intimé invoque l'inapplicabilité du raisonnement « post hoc ergo propter hoc ». Il est exact qu'il ne suffit pas qu'une altération de la santé se soit produite chronologiquement après un événement accidentel pour en conclure qu'elle en est forcément la conséquence naturelle. Un lien chronologique représente néanmoins un indice de rapport de causalité. L'intimé se prévaut d'ailleurs, à la suite de son médecin, de l'absence de lien chronologique immédiat entre l'événement accidentel considéré et les déficits neurologiques du recourant. c. Dans son rapport du 3 décembre 2014, le Dr R_____ a certes passé en revue l'ensemble des pièces du dossier, en particulier les rapports médicaux, et il a consulté les IRM ayant été réalisées respectivement les 7 janvier, 14 janvier et 2 avril 2014. Il s'avère cependant qu'il conclut son rapport en opposant deux diagnostics qu'il qualifie l'un et l'autre de possible, la myélopathie cervicale chronique et la myélopathie post-traumatique, en marquant sa faveur pour la première citée en considération de l'absence d'une part d'un lien chronologique immédiat entre l'événement accidentel considéré et les déficits neurologiques du recourant et d'autre part d'une mention de blessure à la tête ou de traumatisme cervical. Or, si, à la différence d'une vraisemblance prépondérante, la simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre un accident et un dommage ne suffit pas à fonder le droit à des prestations de

l'assurance-accidents, la simple possibilité qu'un accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas à justifier qu'il soit mis un terme à ce droit. d. Sous réserve, sans doute, du médecin d'arrondissement de l'intimé, l'avis du neurologue de ce dernier n'apparaît partagé guère que par le radiologue F_____, à la suite de la première IRM réalisée, en tant que ce dernier relève, dans son rapport du 7 janvier 2014, que l'hypothèse d'une myélopathie post traumatique sur un canal cervical étroit était peu probable. Son analyse doit cependant être replacée dans son contexte, à savoir au stade initial de la pose de diagnostics différentiels. Le recourant a ensuite été hospitalisé aux HUG, en neurologie, les 13 et 14 janvier 2014, pour suite de prise en charge. De nouvelles IRM ont été réalisées à cette occasion, et comparées à celle du 7 janvier 2014. L'anamnèse a révélé l'accident du 24 octobre 2013. Le diagnostic alors retenu a été celui de contusion intramédullaire sur canal cervical étroit. Des examens complémentaires devaient être effectués ultérieurement pour confirmer et affiner le diagnostic, seule l'évolution du temps étant à même de permettre de le faire. À la suite d'une nouvelle IRM, pratiquée le 2 avril 2014, les radiologues des HUG, constatant une régression de la lésion en C5-C6 et une diminution de l'absorption du produit de contraste, ont estimé que l'origine traumatique de la lésion médullaire C5-C6 était désormais confirmée. Après une consultation du recourant en neurologie des HUG, le 30 avril 2014, et référence étant faite aussi à une ENMG du 6 mars 2014 ayant établi une atteinte à la conduction cortico-spinale, les neurologues ont notamment relevé que l'évolution favorable, constatée radiologiquement, confirmait l'origine traumatique des troubles résiduels et évolutifs du recourant. Après que l'intimé avait rendu sa décision du 14 août 2014, mettant un terme à ses prestations au 31 août 2014, la D resse Q_____ a affirmé que le recourant présentait encore une symptomatologie liée à son accident du 24 octobre 2013, en relevant la cohérence du tableau clinique avec les résultats des IRM et de l'ENMG. Dans un rapport du 24 septembre 2014, le Dr M_____, neurologue aux HUG (ayant suivi le recourant comme chef de clinique depuis son hospitalisation en neurologie en janvier 2014), a affirmé d'une part que le recourant, dont l'évolution globale était favorable, présentait encore des troubles neurologiques, et d'autre part que s'il avait des lésions dégénératives restées asymptomatiques jusqu'à l'événement accidentel du 24 octobre 2013, il était quasiment impossible qu'il ait eu une myélopathie cervicale déjà avant ce dernier. Il a ajouté qu'il était clair que sa lésion intramédullaire constituait une séquelle du traumatisme précité, et non une séquelle de dégénérescence discale mono ou multi-étagée. Le 18 février 2015, le rhumatologue S_____ ne s'est pas contenté de répéter que le recourant souffrait d'une myélopathie cervicale post-traumatique ; il a indiqué que les rapports d'examen, dont il avait eu connaissance, avaient très bien documenté ce diagnostic. e. Lors de son audition par la chambre de céans, le 14 septembre 2015, le Dr M_____ a déclaré – contrairement à ce qu'indiquait le neurologue de l'intimé – qu'il n'y avait rien d'extraordinaire à ce que les troubles neurologiques du recourant se fussent manifestés dans un second temps, quelque six semaines après l'événement accidentel du 24 octobre 2013, et que ce laps de temps n'autorisait en aucune façon à nier un rapport de causalité entre cet accident et lesdits troubles. Il a expliqué de façon claire et convaincante les motifs convergents pour lesquels il fallait, à un très haut degré de vraisemblance, qualifier la myélopathie du recourant de post-traumatique, et non de dégénérative. Aux symptômes ressentis par le recourant dans les semaines ayant suivi ce dernier, s'ajoutaient le fait qu'il avait été jusque là asymptomatique, l'importance de son œdème, la diminution de cet œdème dans les mois ayant suivi l'apparition des troubles neurologiques et le fait que le recourant n'avait alors que 34 ans. Sans doute celui-ci présentait-il des signes de

dégénérescence antérieure au niveau des vertèbres C5-C6, découverts par les IRM de janvier 2014, mais ces lésions étaient courantes chez des personnes dès l'âge de 20-25 ans et elles restaient durablement stables et asymptomatiques pour des personnes jeunes. De plus, une myélopathie dégénérative se manifestait en règle générale chez des personnes de plus de 50 ans, et elle ne diminuait pas en l'absence d'un traitement spécifique, que le recourant n'avait pas subi. Le Dr M_____ a en outre affirmé qu'en septembre 2014, lors de sa dernière consultation du recourant, celui-ci était encore symptomatique, et il a émis l'hypothèse qu'encore actuellement une imagerie radiologique pourrait révéler quelques signes résiduels de sa myélopathie. Enfin, il a déclaré qu'il ne pouvait être déterminé de date d'un statu quo ante ou d'un statu quo sine que sur la base, conjointement, des symptômes ressentis par l'assuré et des résultats d'une IRM plus récente que celle du 2 avril 2014, sinon d'une nouvelle ENMG. f. Il sied encore de relever que le Dr R_____ s'est prononcé sur la base d'un dossier, sans avoir vu ou ausculté lui-même le recourant, à l'inverse non seulement du médecin traitant du recourant (la D resse F_____) mais aussi des autres médecins ayant émis des rapports et avis à propos de son cas, en particulier ceux des services de radiologie et de neurologie des HUG. Si cela n'est pas en soi un obstacle à reconnaître une force probante à un avis médical, le fait, pour des médecins, d'avoir vu et ausculté personnellement un patient représente un avantage, qui vient en renfort de la force probante de leur avis. g. L'absence de blessure à la tête ne représente pas la démonstration qu'en tombant sur son épaule gauche, le 24 octobre 2013, le recourant n'a pas été victime d'un traumatisme s'étant répercuté sur sa colonne cervicale. La tête et la colonne cervicale du recourant ont nécessairement suivi ce dernier tant dans sa chute que dans l'arrêt brusque de son corps au contact du sol, même avec une accentuation de ces mouvements.

E. 9

a. Au vu de la convergence des avis médicaux retenant, à l'inverse de l'intimé, une myélopathie post-traumatique liée à l'événement accidentel du 24 octobre 2014, et de la pertinence des explications fournies à l'appui de ce diagnostic, telles qu'explicitées par le Dr M_____ lors de son audition, la chambre de céans retient que ledit diagnostic repose sur des avis médicaux dotés d'une force probante supérieure à celle du rapport du neurologue interne à l'intimé. Le raisonnement de ce dernier s'appuie sur des prémisses non pertinentes, contredites catégoriquement par le neurologue qui est le médecin référent des HUG pour le recourant mais pas le médecin traitant de ce dernier, s'agissant notamment du temps s'étant écoulé entre l'accident considéré et l'apparition, après la phase des premières douleurs s'étant ensuite estompées, de séquelles de suite importantes. Non seulement c'est à juste titre que l'intimé a accepté la prise en charge des suites dudit événement accidentel du 24 octobre 2013, mais encore il n'est pas établi à un degré de vraisemblance prépondérante qu'un statu quo sine serait intervenu à fin août 2014. b. Cela ne signifie pas qu'un statu quo sine ne serait pas intervenu par la suite, au-delà du 31 août 2014. Il n'y a pas dans le dossier d'élément permettant de l'affirmer ou de le nier. Ainsi que l'a déclaré le Dr M_____, pour déterminer si et le cas échéant à partir de quand il n'y aurait plus de rapport de causalité entre l'événement accidentel du 24 octobre 2013 et les troubles que ressent le recourant, il est impératif que de nouveaux examens médicaux soient effectués, en particulier une (ou des) IRM, voire une ENMG, en plus d'une auscultation du recourant aux fins de recueillir et dans la mesure du possible objectiver ses symptômes. Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle

instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assureur social ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). En l'espèce, l'instruction doit être complétée, sur des faits susceptibles de s'être produits postérieurement à la décision attaquée, qui établiraient possiblement une date de statu quo sine. Il n'est par ailleurs pas certain qu'elle doive l'être par le biais d'une expertise ; il apparaît concevable que les services de radiologie et de neurologie des HUG procèdent aux examens nécessaires et que l'intimé se détermine ensuite sur leurs résultats et, s'il l'entend alors, ordonne une expertise administrative. Il est aussi loisible à l'intimé de préférer ordonner d'emblée une telle expertise, sans préjudice du droit du recourant, par le biais de son médecin traitant, de requérir des services précités des HUG qu'ils effectuent eux aussi les examens considérés. c. Dans ces conditions, la chambre de céans annulera la décision sur opposition attaquée du 18 décembre 2014 (ce qui implique celle du 14 août 2014), et renverra la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question de la survenance et le cas échéant de la date d'un éventuel statu quo sine.

E. 10

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Représenté par un mandataire et obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité, qui sera fixée à CHF 900.-, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). * * * * * 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.