

# GE\_GERICHTE A/3020/2013 vom 29. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3020\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3020_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3020/2013 du 29 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE A/3020/2013 del 29 aprile 2014

## Erwägungen

### E. 1

er janvier 2009. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la LA BALOISE ASSURANCE SA (ci-après LA BALOISE).<sup>2</sup> Par déclaration de sinistre du 22 novembre 2012, l'employeur a annoncé à LA BALOISE que l'assuré s'était blessé le 16 novembre 2012 : alors qu'il réceptionnait un panneau solaire, il avait été déséquilibré et était tombé sur le côté. Il présentait des douleurs aux cervicales, mais l'événement accidentel n'avait engendré aucune incapacité de travail. Les premiers soins avaient été prodigués par la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rhumatologie.<sup>3</sup> Le 23 novembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a effectué une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) de la colonne cervicale de l'assuré. Dans son rapport rédigé le même jour, ce médecin a conclu à une protrusion discale C3-C4 modérée médiane, paramédiane et foraminale gauche, sans contrainte radiculaire, ainsi qu'à une protrusion discale C5-C6 accusée, apparemment asymptomatique, sans évidence de contrainte médullaire ou sur la racine C6 gauche. Il a ajouté qu'il n'y avait ni arthrose unco-vertébrale, ni arthrose postérieure significative, ni contrainte sur les racines droites.<sup>4</sup> En date du 28 novembre 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a prescrit à l'assuré 9 séances de physiothérapie afin d'améliorer les fonctions articulaire et musculaire.<sup>5</sup> Le 13 février 2013, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé un écho-doppler artériel des troncs supra-aortiques et conclu qu'il n'y avait ni anomalie de l'échostructure des axes carotidiens et vertébro-sous-claviers, ni anomalie hémodynamique, ni anomalie échographique des parties molles, notamment en parvertébral droit.<sup>6</sup> En date du 12 mars 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a prescrit 9 séances d'ostéopathie à l'assuré, en particulier à des fins antalgiques.<sup>7</sup> Par rapport du 3 mai 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué à LA BALOISE que le diagnostic consistait en un « status post-chute de sa hauteur sur son côté droit après avoir été brusquement déséquilibré voulant retenir un panneau qu'un tiers avait lâché lui imprimant ainsi un mouvement forcé de torsion vers la droite alors qu'il se tenait sur un échafaudage ». La Dresse C\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré ressentait une douleur élective de la région cervico-scapulo-dorsale entraînant des réveils nocturnes et que l'évolution était lentement favorable sous traitement conservateur, lequel comportait le port d'un collier cervical, la prise de Zaldiar et de Traumalix, ainsi que de la physiothérapie et de l'ostéopathie. Le traitement de physiothérapie avait permis à l'assuré de maintenir sa capacité de travail, parallèlement à un réaménagement de son poste, ainsi que d'améliorer la mobilité cervico-scapulaire et la symptomatologie algique. S'agissant de la durée probable du traitement, elle a précisé que l'assuré poursuivait les séances restantes d'ostéopathie. En l'état, la douleur ne persistait plus qu'à un seul point localisé latéro-cervical droit et il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident qui jouaient un rôle dans l'évolution

du cas.![endif]>![if> 8. Par décision du 10 juin 2013, LA BALOISE a mis un terme à ses prestations à compter du 16 janvier 2013. Elle a expliqué à l'assuré qu'elle avait soumis l'ensemble de son dossier au Dr F\_\_\_\_\_, médecin-conseil et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel considérait que l'accident du 16 novembre 2012 avait aggravé de façon passagère une atteinte préexistante et que le statu quo sine était atteint deux mois après l'événement. Ainsi, dès le 16 janvier 2013, le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident n'était plus admis et l'état de santé de l'assuré était tel qu'il serait apparu tôt ou tard, même sans accident, à la suite de l'évolution fatale d'un état maladif préexistant. ![endif]>![if> LA BALOISE a prié l'assuré de transmettre à son assureur-maladie copie de cette décision. 9. En date du 5 juillet 2013, l'assuré, par le biais d'un mandataire, a requis copie des pièces de son dossier, dans la perspective d'une éventuelle opposition.![endif]>![if> 10. Par opposition du 11 juillet 2013, l'assuré a contesté la décision du 10 juin 2013, déplorant n'avoir reçu aucune réponse à sa missive précédente. Il a sollicité un délai supplémentaire afin de compléter son opposition, après consultation de son dossier, et relevé qu'il n'existait pas, à sa connaissance, d'élément médical objectif confirmant que son état de santé serait celui qu'il aurait eu, même sans l'accident.![endif]>![if> 11. Le 12 juillet 2013, LA BALOISE a transmis à l'assuré copie de son dossier.![endif]>![if> 12. Par décision sur opposition du 29 juillet 2013, LA BALOISE a confirmé sa décision du 10 juin 2013, relevant que son médecin-conseil avait fait état du diagnostic de « hernie cervicale C3-C4 et C4-C5 (pas liée à l'accident) » et estimait que l'événement accidentel n'avait fait que décompenser un état antérieur. Selon lui, le statu quo ante était atteint huit semaines après le sinistre et le traitement était en rapport avec l'accident seulement pendant deux mois. A défaut d'avoir apporté des éléments médicaux permettant de conclure différemment, la contestation de l'assuré était rejetée. LA BALOISE a ajouté qu'en l'absence d'une preuve radiologique de la décompensation déterminante, le cas aurait dû être refusé, de sorte qu'elle s'était montrée généreuse en prenant le cas en charge deux mois. ![endif]>![if> 13. Par acte du 13 septembre 2013, envoyé en recommandé le 16 septembre 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Chambre de céans, concluant à l'annulation de la décision litigieuse, à ce que l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles actuels et l'accident du 16 novembre 2012 soit reconnue, et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser les prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 janvier 2013.![endif]>![if> Le recourant a invoqué en substance que ses lésions n'étaient pas d'origine dégénérative et que son état de santé n'était pas influencé par un état antérieur prédominant. Il a reproché à l'intimée de ne pas lui avoir transmis l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ et considéré que la seule pièce médicale de son dossier attestait qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'avait joué un rôle dans l'évolution de son cas. 14. Dans sa réponse du 17 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 29 juillet 2013. ![endif]>![if> L'intimée a soutenu que la « hernie discale C3-C4 et C5-C6 » n'était en aucun cas en relation de causalité naturelle et adéquate avec le sinistre assuré. Elle a allégué que la chute subie par le recourant n'était pas propre à entraîner une telle atteinte, que les symptômes n'étaient d'ailleurs pas apparus immédiatement après l'événement accidentel puisque le recourant avait consulté la Dresse C\_\_\_\_\_ le 21 novembre 2012 seulement, et que ledit événement n'avait pas entraîné d'incapacité de travail. Elle a ajouté que son médecin-conseil avait relevé que le seul diagnostic qui pouvait être retenu était celui de contusion et ou de torticolis, sans lésion anatomique. Au vu de ces diagnostics, le statu quo sine avait été atteint au plus tard huit semaines après l'accident, soit le 16 janvier 2013. Elle

a conclu que le recourant n'apportait aucun élément médical probant permettant de contester l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_, de sorte qu'il convenait de retenir que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles et l'accident survenu le 16 novembre 2012 s'était éteint avec effet au 16 janvier 2013 au plus tard. A l'appui de son écriture, l'intimée a notamment produit : - un rapport du 23 mai 2013 du Dr F\_\_\_\_\_ retenant le diagnostic de « hernie cervicale C3-C4 et C4-C5 », sans lien avec l'accident. Le médecin-conseil a précisé que le sinistre avait décompensé un état antérieur prédominant, que le statu quo était atteint huit semaines après l'événement et que le traitement était en lien de causalité avec l'accident seulement durant deux mois ;

- un rapport du 14 août 2013 par lequel le Dr F\_\_\_\_\_ a exposé que l'étiologie de la protrusion et de la discopathie, dont l'un des aboutissants était la hernie discale, incluait des facteurs biomécaniques, héréditaires, environnementaux, immunologiques et biochimiques, la prédisposition génétique étant le facteur prédominant. Elle représentait une entité malade autonome et l'influence d'un choc sur son décours ne pouvait être taxée, dans la majorité des cas, que de coïncidence ou d'aggravation passagère. Les hernies discales étaient réputées malades, à défaut de s'inscrire dans des circonstances particulièrement évidentes, telle qu'une chute de grande hauteur, une compression axiale, une symptomatologie neurologique déficitaire immédiate, une consultation en urgence, un arrêt de travail immédiat. Dans le cas du recourant, aucune de ces manifestations étaient présentes, de sorte qu'il convenait de constater que le seul diagnostic pouvant être retenu était celui de contusion et ou de torticolis, sans lésion anatomique. Dans ces deux cas, un retour au statu quo était arbitrairement fixé à huit semaines, la pathologie préexistante sous-jacente étant alors réputée prépondérante ;

15. Par réplique du 2 décembre 2013, le recourant a préalablement conclu à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée. Il a contesté que les rapports des 23 mai et 14 août 2013 du Dr F\_\_\_\_\_ puissent se voir reconnaître une quelconque valeur probante, aux motifs que ces documents ne contenaient pas une anamnèse complète, que leurs conclusions n'étaient pas suffisamment motivées, que l'appréciation du médecin-conseil ne reposait que sur la lecture des rapports des radiographies et non pas sur l'examen des radiographies elles-mêmes, et que l'avis de sa médecin-traitant n'avait pas été débattu. De surcroît, le recourant n'avait pas été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_, dont la formation était la chirurgie orthopédique. Le recourant a invoqué que l'aggravation traumatique d'une maladie dégénérative de la colonne cervicale ou du dos devait être prise en charge pendant une durée de six à neuf mois, voire une année. Dès lors, dans l'hypothèse où un statu quo ante vel sine pouvait être déterminé, le fixer à deux mois après l'accident apparaissait extrêmement prématuré. Il a précisé que l'accident était survenu le vendredi 16 novembre 2012 et qu'il n'avait pu obtenir de rendez-vous chez sa médecin avant le mercredi 21 novembre 2012.

A l'appui de son écriture, le recourant a produit une attestation de l'un de ses collègues datée du 16 septembre 2013, selon laquelle il se trouvait avec le recourant sur un échafaudage lorsqu'un panneau solaire, d'une dimension de 160 cm sur 80 cm et pesant environ 16 kg, lui avait glissé des mains, ce qui avait déséquilibré le recourant qui était tombé sans lâcher le panneau, en voulant retenir cet élément. Le recourant avait immédiatement crié de douleur.

16. L'intimée a dupliqué le 18 décembre 2013, concluant au rejet de la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle a maintenu que le seul diagnostic qui pouvait être retenu était celui de contusion et ou de torticolis, sans lésion anatomique, et que le recourant n'apportait pas le moindre élément probant à même de contester les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, auxquelles il convenait d'accorder une valeur probante.

17. Copie

de cette écriture a été transmise au recourant le 20 décembre 2013.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 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. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 et 4 let. b LPGA p.a.).![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 29 juillet 2013, à supprimer le droit du recourant à des prestations d'assurance à compter du 16 janvier 2013.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> 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. a. 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.![endif]>![if> 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. b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). c. S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 8. 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). 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). 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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). 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). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le

point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). 11. 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).!>12. En l'espèce, la Chambre de céans observe en préambule que l'argumentation de l'intimée est pour le moins confuse. En effet, elle nie tout rapport de causalité entre l'évènement accidentel et les troubles du recourant au-delà du 16 janvier 2013, se référant tantôt au statu quo sine (cf. sa décision du 10 juin 2013 ainsi que sa réponse du 17 octobre 2013), tantôt au statu quo ante (cf. décision sur opposition du 29 juillet 2013). En outre, elle suggère que la prise en charge du cas aurait dû être refusée faute de preuve d'une décompensation d'un état antérieur, tout en mentionnant que l'évènement accidentel a décompensé un tel état (cf. décision sur opposition du 29 juillet 2013).!> Cela étant, il ressort clairement de son écriture du 17 octobre 2013 que l'intimée estime, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, que les troubles résiduels ne sont plus en lien de causalité avec l'accident dès le 16 janvier 2013, mais qu'ils sont dus à un état maladif préexistant. Il convient donc de déterminer si l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans son succinct avis du 23 mai 2013, lequel repose sur l'examen des trois rapports médicaux au dossier, soit ceux du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2012, du Dr E\_\_\_\_\_ du 13 février 2013 et de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 3 mai 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de « hernie cervicale C3-C4 et C4-C5 ». La Chambre de céans observe cependant que le Dr D\_\_\_\_\_ a constaté, après l'IRM réalisée en novembre 2012, des protrusions discales C3-C4 et C5-C6. Il n'a donc pas conclu à l'existence d'une hernie et n'a fait état d'aucune lésion en C4-C5, de sorte que le diagnostic du Dr F\_\_\_\_\_ apparaît manifestement erroné. Concernant son appréciation selon laquelle le recourant présenterait un état maladif préexistant, la Chambre de céans relève que la Dresse C\_\_\_\_\_ a exposé, dans son rapport du 3 mai 2013, qu'il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident qui jouaient un rôle dans l'évolution du cas. Quant aux Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, ils ne se sont pas prononcés sur l'existence d'un état maladif préexistant, mais leurs rapports tendent plutôt à exclure d'éventuelles maladies dégénératives puisqu'ils attestent que le recourant ne présente ni arthrose unco-vertébrale, ni arthrose postérieure significative, ni contrainte sur les racines (rapport du Dr D\_\_\_\_\_), ni anomalie de l'échostructure des axes carotidiens et vertébro-sous-claviers, ni anomalie hémodynamique, ni anomalie échographique des parties molles (rapport du Dr E\_\_\_\_\_). Partant, force est de constater que le médecin-conseil s'écarte des considérations des

médecins ayant examiné le recourant avant lui, sans livrer la moindre explication permettant de justifier ses propres conclusions. Son avis du 23 mai 2013 n'a dès lors aucune valeur probante. S'agissant de son rapport du 14 août 2013, lequel n'est pas non plus basé sur une anamnèse complète et détaillée du dossier du recourant, ce document mentionne un nouveau diagnostic, soit celui de contusion ou de torticolis. Le Dr F\_\_\_\_\_ explique ses nouvelles conclusions par le fait que les hernies discales sont réputées malades, à moins de s'inscrire dans des circonstances particulièrement évidentes, telle qu'une chute de grande hauteur, une compression axiale, une symptomatologie neurologique déficitaire immédiate, une consultation en urgence, un arrêt de travail immédiat. Il considère en l'occurrence que de telles circonstances ne sont pas réalisées et expose que le recourant n'a pas chuté d'une grande hauteur, ni consulté en urgence, ni subi un arrêt de travail immédiat. La Chambre de céans rappelle tout d'abord que le rapport d'IRM infirme la présence d'hernie discale, de sorte que l'appréciation du médecin-conseil est fondée sur un postulat erroné. En outre, s'il est exact que le recourant n'a pas chuté d'une grande hauteur, il n'en demeure pas moins qu'il ressort également du dossier qu'il portait un panneau de grande dimension, pesant 16 kg, et qu'il a effectué un mouvement de torsion involontaire en tombant. Par ailleurs, la Dresse C\_\_\_\_\_ a clairement exposé qu'une incapacité de travail avait pu être évitée grâce au traitement de physiothérapie et au fait que l'activité professionnelle du recourant avait pu être adaptée. Il est pour le moins surprenant que l'intimée justifie sa position en se servant des effets bénéfiques d'un traitement dont elle refuse la prise en charge. Enfin, la Chambre de céans relève que tous ces éléments étaient déjà connus du Dr F\_\_\_\_\_ lorsqu'il a rendu son premier avis le 23 mai 2013, de sorte que son revirement de position est difficilement compréhensible. Eu égard à tout ce qui précède, la Chambre de céans ne peut que conclure que cette appréciation n'emporte pas non plus sa conviction. S'agissant des autres pièces du dossier, elles ne permettent pas de statuer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de santé du recourant au-delà du 16 janvier 2013. La Chambre de céans relève en particulier qu'aucun des trois rapports produits dans le cadre de la présente procédure ne détermine si le recourant présente une atteinte dégénérative malade antérieure au sinistre, si cette dernière a été aggravée par l'accident et à partir de quelle date le statu quo ante ou sine a été atteint. Par conséquent, conformément à la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant.

13. Au surplus, la Chambre de céans remarque que la décision litigieuse est critiquable à de nombreux égards. En effet, l'intimée n'a pas seulement mis fin « ex nunc » et « pro futuro » aux prestations du recourant, mais l'a fait avec effet rétroactif puisqu'elle a refusé de prendre en charge les factures des différents fournisseurs de soins dès le 16 janvier 2013. Il lui incombait d'examiner si les conditions d'une reconsidération étaient réalisées, ce qu'elle n'a pas fait. En outre, l'intimée mentionne dans sa décision sur opposition que le recourant n'a pas apporté d'éléments médicaux permettant de reconsidérer sa décision du 10 juin 2013, alors même qu'il ressort des faits de la cause, lesquels ne sont pas contestés, qu'elle ne lui a pas transmis la détermination du Dr F\_\_\_\_\_ du 23 mai 2013. En omettant de lui communiquer cette pièce pourtant essentielle, l'intimée n'a pas respecté le droit du recourant de consulter son dossier (cf. art. 47 al. 1 let. a LPG), violant ainsi son droit d'être entendu. Celui-ci n'a en particulier pas eu l'opportunité de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; ATF 124 V 181 consid. 1a ; ATF 124 V 375 consid. 3b et les références). Enfin, il

sera observé que l'intimée n'a pas communiqué à l'assureur-maladie du recourant sa décision du 10 juin 2013 et celle sur opposition du 29 juillet 2013, comme le lui impose l'art. 49 al. 4 LPG. Compte tenu de cette obligation légale, elle ne pouvait se borner à demander au recourant de transmettre la décision du 10 juin 2013 à sa caisse-maladie. 14. A défaut d'instruction suffisante sur un éventuel état maladif antérieur et ses conséquences, il se justifie d'annuler la décision et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise du recourant, laquelle devra être confiée à un spécialiste reconnu. 15. Ainsi, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour une instruction complémentaire dans le sens des considérants. Selon l'art. 61 let. g LPG, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En l'espèce, le conseil du recourant n'a pas conclu à l'allocation de dépens. Ces derniers peuvent cependant être alloués à une partie sans conclusion expresse dans ce sens (ATF 118 V 139 consid. 3). Ils doivent être fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que les mandataires ont dû y consacrer (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2). En l'espèce, le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de procédure de CHF 1'500.- lui sera allouée. Au surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). 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.