

GE_GERICHTE A/3281/2006 vom 29. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3281_2006

FR: GE_GERICHTE A/3281/2006 du 29 mai 2007

IT: GE_GERICHTE A/3281/2006 del 29 maggio 2007

Regeste

; AA ; ACCIDENT ; ATTEINTE À LA SANTÉ ; ACCIDENT ANODIN ; HERNIE DISCALE ; HERNIE ; ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE ; PRÉDISPOSITION ; ÉTAT ANTÉRIEUR ; FACTEUR ÉTRANGER À L'ACCIDENT | LAA6

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.05.2007 A/3281/2006

; AA ; ACCIDENT ; ATTEINTE À LA SANTÉ ; ACCIDENT ANODIN ; HERNIE DISCALE ; HERNIE ; ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE ; PRÉDISPOSITION ; ÉTAT ANTÉRIEUR ; FACTEUR ÉTRANGER À L'ACCIDENT | LAA6

A/3281/2006 ATAS/604/2007 (2) du 29.05.2007 (LAA) , REJETE Descripteurs : ; AA ; ACCIDENT ; ATTEINTE À LA SANTÉ ; ACCIDENT ANODIN ; HERNIE DISCALE ; HERNIE ; ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE ; PRÉDISPOSITION ; ÉTAT ANTÉRIEUR ; FACTEUR ÉTRANGER À L'ACCIDENT Normes : LAA6 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3281/2006 ATAS/604/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 29 mai 2007 En la cause Monsieur M_____, domicilié , LE LIGNON, représenté par CAP Protection juridique SA, Madame Valérie RUFFIEUX recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, représentée par Maître Marc-Etienne FAVRE intimée EN FAIT Monsieur M_____, (ci après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé à 50% en tant que magasinier dans l'entreprise X_____ SA dès le 1 er mars 2001. À ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après: SUVA). En outre, pour l'autre 50%, il était au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité et d'une rente de 25% de la SUVA en raison d'une fracture à la cheville gauche en juin 1991 et d'une entorse au poignet gauche survenue en octobre 1994. Le 8 septembre 2004, il a glissé sur le sol mouillé alors qu'il déplaçait des bidons. Il est tombé sur la jambe gauche et a "senti un claquage musculaire". Il a ressenti les premières douleurs durant la nuit. Le 14 septembre 2004, il a consulté le Dr A_____, généraliste, qui a attesté une incapacité de travail du 10 au 26 septembre 2004. Ce médecin a diagnostiqué une entorse du genou gauche avec probable claquage musculaire du mollet. Le 6 décembre 2004, l'assuré a consulté à nouveau le Dr A_____ en raison d'une lombosciatalgie gauche. Dans un rapport du 13 février 2005, ce médecin a expliqué que l'assuré avait exigé qu'il reconnaisse la nature post-traumatique de cette lésion, ce qu'il avait refusé de faire, car il considérait qu'il s'agissait d'une récurrence d'une lombosciatique gauche traitée le 12 mai 2004 comme maladie. Le 20 décembre 2004,

l'assuré a consulté le Dr B _____, généraliste, qui a attesté une sciatique L5-S1 gauche. Il a précisé qu'une IRM réalisée en décembre 2004 avait mis en évidence une hernie L5-S1 ainsi qu'une déshydratation avancée des disques L4-L5 et L5-S1. Il a diagnostiqué une hernie discale L5-S1 avec parésie L5 et hypoesthésie S1. Il a attesté une incapacité de travail entière dès le 4 janvier 2005 (recte : 5 janvier 2005) et a précisé qu'il préconisait une discotomie L5-S1. Le 25 janvier 2005, l'employeur a annoncé le cas à la SUVA en précisant que la partie du corps atteinte était la cuisse gauche et qu'il y avait également un claquage musculaire. Le 9 mars 2005, l'assuré s'est entretenu avec un inspecteur de la SUVA auquel il a déclaré que, lors de l'accident du 8 septembre 2004, il avait glissé avec la jambe droite qui était partie en avant et qu'il était tombé en arrière sur le côté gauche. Il a précisé que, lors de l'atterrissage sur sa jambe gauche, il avait ressenti comme un claquage derrière la cuisse gauche et qu'il ne s'était pas tordu le genou gauche. Il a expliqué qu'entre le 8 septembre 2004 et sa première visite chez le Dr A _____, il s'était soigné en avalant des antidouleurs et que, comme la douleur ne passait pas et irradiait dans toute la jambe, il avait décidé de se rendre chez le médecin, le 14 septembre 2004. Il a exposé qu'entre sa reprise de travail le 27 septembre 2004 et le 5 janvier 2005, la douleur dans la cuisse gauche avait continué à le gêner dans son activité professionnelle et qu'il n'avait interrompu son travail que lorsqu'elle était devenue trop insupportable. Il a indiqué que la nouvelle incapacité de travail à 100% dès le 5 janvier 2005 concernait le problème de la jambe gauche et non pas celui du dos. Il n'a signalé aucune maladie antécédente. Sur demande de la SUVA, le Dr B _____ a expliqué, dans un rapport du 13 avril 2005, que, malgré l'indication à une discotomie, le patient avait préféré, dans un premier temps, continuer le traitement médical et la physiothérapie. Il a ajouté que le patient avait été hospitalisé, le 11 avril 2005, pour être opéré le lendemain et qu'il était toujours hospitalisé. Il a estimé qu'aucun facteur étranger à l'accident n'intervenait dans l'incapacité de travail. Dans le compte-rendu opératoire du 13 avril 2005, le Dr C _____, chef de clinique au service de neurochirurgie des (ci-après : "établissement hospitalier") a expliqué qu'il avait effectué une discectomie et une herniectomy L5-S1 par abord interlaminaire. Dans l'anamnèse préopératoire, il a mentionné une chute sur les fesses en septembre 2004 avec douleur lombaire basse et irradiation à la face postérieure de la jambe gauche. Il a précisé que l'assuré avait continué son travail de magasinier jusqu'au début janvier 2005, moment où la douleur à la face postéro-latérale gauche était devenue trop importante. Dans la description de l'intervention, il a mentionné une volumineuse hernie discale postéro-latérale et partiellement intra-foraminal gauche. Dans un rapport du 28 avril 2005, rédigé sur demande de la SUVA, le Dr B _____ a précisé que l'arrêt de travail dès le 5 janvier 2005 était bien à mettre en relation avec l'accident du 8 septembre 2004 car, depuis cette date, le patient n'avait pas récupéré et seule une légère amélioration de son état avait permis de tenter une reprise partielle de son activité, mais qu'en raison d'une aggravation de la symptomatologie, il avait de nouveau dû interrompre son activité professionnelle. Dans un rapport du 2 juin 2005, le Dr C _____ a fait état d'une nette amélioration des douleurs, l'irradiation dans la jambe s'arrêtant à mi-cuisse et les douleurs dorsales étant plus supportables qu'auparavant. Il a mentionné une fibrose post-opératoire avec la racine et a précisé que le traitement neurochirurgical était terminé malgré la nécessité de débiter des séances de physiothérapie à but antalgique. Par décision du 10 juin 2005, la SUVA a accepté de prendre en charge les suites de l'événement du 8 septembre 2004, à savoir les frais médicaux et l'incapacité totale de travail du 11 au 26 septembre 2004 inclus admettant que, dès cette date, l'état de santé tel qu'il existait avant l'accident pouvait être considéré

comme rétabli. Elle a estimé que l'incapacité totale de travail dès le 5 janvier 2005 n'était pas en relation de causalité avec l'événement du 8 septembre 2004 de sorte qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance avec effet au 26 septembre 2004. Le 7 juillet 2005, la Caisse-maladie a formé opposition de principe à l'encontre de ladite décision en indiquant qu'il lui manquait des renseignements complémentaires pour se déterminer définitivement. Le 8 juillet 2005, l'assuré a également fait opposition contre la décision du 10 juin 2005 estimant que son incapacité travail actuelle, attestée par le Dr B_____ dans le certificat du 26 janvier 2005 annexé, était toujours en lien de causalité avec l'accident dont il avait été victime le 8 septembre 2004. Le 19 juillet 2005, compte tenu du dossier de l'assurance-accidents, la Caisse-maladie a retiré son opposition et a reconnu ses obligations légales dès le 27 septembre 2004. Le 26 août 2005, l'assuré a complété son opposition en indiquant qu'aucun rapport médical ayant force probante selon la jurisprudence ne contredisait les rapports du Dr B_____ qui retenait un lien de causalité entre l'accident du 8 septembre 2004 et l'arrêt de travail ayant débuté le 5 janvier 2005. Le 27 décembre 2005, l'assuré a produit deux rapports du Dr B_____ et a maintenu ses précédentes conclusions. Dans un premier rapport du 11 août 2005 établi à l'attention de l'assurance perte de gain, ce médecin a diagnostiqué un syndrome radiculaire lombaire L5-S1 gauche avec hernie discale et a expliqué que l'affection s'était manifestée la première fois, lors de la chute sur les fesses, le 8 septembre 2004. Il a ajouté qu'il s'agissait d'un accident et que le patient n'avait jamais été soigné pour cette affection. Puis, dans un rapport du 16 décembre 2005, le Dr B_____ a confirmé que l'arrêt de travail à 100% était à mettre en lien avec l'accident dont l'assuré avait été victime le 8 septembre 2004 et les suites opératoires de l'intervention chirurgicale du 12 avril 2005. Il a ajouté que, depuis le rapport d'expertise rédigé le 27 septembre 2005 par le Dr D_____, interniste, le patient avait reçu une lettre de licenciement de sorte que la situation n'était pas favorable pour une reprise du travail d'autant plus que des douleurs lombaires et une cruralgie gauche persistaient. Le dossier a été soumis à la Division médecine des assurances de la SUVA. Dans un rapport du 4 avril 2006, la Dresse E_____, neurologue, a constaté qu'elle ne disposait d'aucun rapport médical de l'époque de l'accident autre que celui du 12 septembre 2004 et a estimé que la contusion musculaire n'avait apparemment plus donné lieu à une consultation après le 27 septembre 2004. Elle en a déduit qu'à cette date, il ne subsistait plus de séquelles de l'accident ce qui semblait confirmé par la reprise du travail à temps plein. Elle a relevé que l'assuré avait de nouveau consulté son médecin traitant en décembre 2004 cette fois en raison de douleurs au dos et qu'il s'agissait d'un deuxième épisode d'une problématique apparue au printemps de 2004 raison pour laquelle le médecin ne pouvait pas souscrire à une cause traumatique de cette dorsalgie. Elle a exposé qu'entre l'accident et la consultation du 6 décembre 2004, aucun symptôme transitoire objectivable n'indiquait une possible complication due à la chute. Elle a expliqué qu'aucune corrélation entre l'accident et la hernie discale ne pouvait être établie sur la base de la dynamique traumatique et que le cadre temporel contredisait lui aussi cette éventualité. Elle a estimé que les appréciations du Dr B_____ n'étaient pas concluantes dans la mesure où il n'avait examiné l'assuré que plusieurs mois après l'accident. Elle a ajouté que l'événement accidentel n'avait pas été adéquat, que les douleurs d'origine discale n'étaient pas en relation étroite avec l'événement incriminé, que la douleur aiguë n'était pas apparue dès le traumatisme et n'avait pas atteint son maximum en quelques heures ou en quelques jours, enfin, qu'il existait un état dégénératif préexistant du rachis de sorte que l'hypothèse que le traumatisme banal avait pu provoquer une hernie discale avec compression radiculaire était difficilement défendable.

Elle a diagnostiqué un status après chute avec suspicion d'entorse du genou gauche et de claquage du mollet, un status après lombosciatalgies en avril 2004, un status après syndrome lomboradiculaire avec hernie discale en L5-S1 opérée le 13 avril 2005. Elle a conclu que les douleurs au dos documentées à partir du 20 décembre 2004 n'étaient pas en relation de causalité possible ou probable avec l'accident du 8 septembre 2004 au regard de l'analyse du traumatisme, de l'évolution décrite et de l'état constaté lors de l'opération. Par décision sur opposition du 12 mai 2006, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a relevé qu'un événement accidentel n'apparaissait qu'exceptionnellement comme la cause proprement dite d'une hernie discale et que les Drs A _____ et GONSETH étaient arrivés à la conclusion que les vertébralgies présentées par l'assuré n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident assuré, ce qui avait été confirmé par la Dresse E _____. Enfin, elle a estimé que l'avis du Dr B _____ ne lui permettait pas de s'écarter de l'analyse précise documentée par la neurologue. Par acte du 11 septembre 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, sous suite de dépens et débours, que son droit à des prestations de l'assurance-accidents soit reconnu au-delà du 26 septembre 2004. Il invoque une jurisprudence du 14 février 2006 relative à des faits quasi similaires permettant d'admettre que, lorsque l'accident a décompensé durablement des troubles dégénératifs, le lien de causalité entre l'accident et l'évolution ultérieure de l'état de santé doit être considéré comme vraisemblable, sans dissocier la découverte de la hernie et l'accident. Il conteste les conclusions du médecin-conseil de l'intimée du 4 avril 2006 et soutient qu'aucun crédit ne peut être donné à son appréciation dès lors que les critères sur lesquels ce médecin se base ont été précisés depuis lors par la jurisprudence. De plus, il conteste ne plus subir de séquelles de l'accident au-delà du 26 septembre 2004. Il s'est également appuyé sur les divers rapports du Dr B _____ confirmant le lien de causalité entre l'événement du 8 septembre 2004 et la hernie discale. Il invoque, enfin, le rapport d'expertise du 3 avril 2006 (recte : 27 mars 2006) du Dr F _____, rhumatologue et médecin au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), qui conclut à une capacité de travail nulle de décembre 2004 à octobre 2005 et de 50% dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2005. Dans sa réponse du 10 novembre 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu que le recourant avait consulté le Dr B _____ plusieurs mois après l'accident en raison de douleurs exacerbées par l'exercice de l'activité professionnelle et que le médecin traitant avait mis les difficultés rencontrées par le recourant sur le compte de son licenciement. Elle a estimé que l'accident, décrit comme une banale chute ayant entraîné un claquage musculaire, ne constituait manifestement pas un accident d'une importance particulière au sens de la jurisprudence et que l'arrêt du 14 juin 2006 ne faisait que confirmer cette dernière. Elle a considéré qu'il n'existait aucune similitude entre les deux affaires dans la mesure où le recourant avait repris son travail un mois après l'accident et qu'il avait annoncé une sciatique plus de trois mois après la reprise du travail de sorte qu'il n'y avait pas eu de processus continu de décompensation trouvant son origine dans l'accident. Elle a exposé que la fibrose post-opératoire diagnostiquée par le Dr F _____ était probablement une des causes des douleurs dont se plaignait le recourant et qu'elle était sans rapport avec l'accident assuré. Enfin, elle a relevé que, selon le rapport de ce médecin, les douleurs n'empêchaient pas l'assuré de travailler à 50% dans une activité adaptée. Le Tribunal a ordonné une comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 19 décembre 2006. Lors de cette audience, l'assuré a exposé qu'il avait eu mal dans le bas du dos dès le 8 septembre 2004 et qu'il était possible que les douleurs à la jambe étaient la conséquence d'une

ancienne opération de la cheville. En outre, il a précisé qu'il avait été licencié par son employeur pour le 30 novembre 2005. Enfin, il a produit dans la procédure le rapport du 27 mars 2006 du SMR dont il ressort que le Dr F _____ a, notamment, diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une lombosciatalgie gauche avec syndrome radiculaire sensitif S1 gauche dans le cadre de troubles statiques dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L5-S1 gauche compliquée d'une fibrose post-opératoire. Ce médecin a indiqué que les lombosciatalgies à gauche étaient apparues à la suite d'un accident de travail, le 8 septembre 2004, et que les douleurs avaient été subites mais que l'assuré n'avait pas consulté jusqu'en décembre 2004. Il a reconnu l'existence de limitations fonctionnelles pour le rachis impliquant d'alterner deux fois par heure les positions assise et debout, de ne pas soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 5 kilos, de ne pas porter régulièrement des charges d'un poids excédant 12 kilos, enfin, de ne pas travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Il a admis une capacité de travail dans l'activité de magasinier de 70% du 26 novembre 1996 jusqu'à décembre 2004, de 0% de décembre 2004 jusqu'en octobre 2005, enfin de 40% dès cette date en ajoutant que, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50% dès octobre 2005. A l'issue de l'audience, le Tribunal a ordonné une instruction écrite auprès du Dr A _____ et l'ouverture des enquêtes avec l'audition du Dr B _____. Le 20 décembre 2006, le Tribunal a demandé au Dr A _____ de lui indiquer la date de la première consultation à la suite de l'événement du 8 septembre 2004 et s'il avait fait procéder, avant cette date, à des examens radiologiques. Dans sa lettre au Tribunal du 1 er janvier 2007, le Dr A _____ a confirmé que la première consultation après l'accident du "8 septembre 2006" avait eu lieu le "14 septembre 2006". Il a précisé qu'il n'avait pas procédé à des examens radiologiques antérieurement à cet événement, mais à un examen clinique qui avait eu lieu le "12 mai 2006" en raison d'une lombosciatalgie gauche. Le 23 janvier 2007, le Tribunal a entendu le Dr B _____. Ce dernier a précisé qu'il suivait le patient depuis le 20 décembre 2004. Il a expliqué qu'une déshydratation avancée des disques décrite sur l'IRM signifiait que l'aspect des disques révélait la présence de lésions dégénératives. Il a ajouté qu'il ne s'agissait que d'une description radiologique et que cela pouvait vouloir dire que le disque était déjà altéré avant l'accident mais que les constatations cliniques pouvaient être différentes. Il a estimé que, dans le cas du recourant, son dos avait été sain jusqu'à l'accident et que la hernie était post-traumatique en raison de la séquence des événements. Il a soutenu que la douleur avait été aiguë dès le traumatisme et avait gagné en intensité dans les heures ou les jours suivants. Il a indiqué qu'après une opération de hernie, on pouvait compter une reprise de l'activité professionnelle après quatre mois, mais que, dans le cas du recourant, l'incapacité de travail perdurait pour tout un ensemble de circonstances et pas uniquement pour la hernie. Il a observé qu'un radiologue confirmé pouvait dater dans certains cas une hernie, mais que le délai entre l'accident et l'examen était trop court pour dater précisément la hernie. Le même jour, une nouvelle comparution personnelle des parties a également eu lieu devant le Tribunal. Lors de cette audience, le recourant a allégué qu'il n'avait pas consulté le Dr A _____ avant l'accident et que son précédent médecin était le Dr G _____ qui était décédé et dont le successeur était le Dr B _____. Sur quoi, le Tribunal a ordonné la poursuite des enquêtes avec l'audition du Dr A _____ et une instruction écrite auprès du Dr B _____. Par pli du 29 janvier 2007, le Tribunal a demandé au Dr B _____ si le dossier archivé du recourant mentionnait des consultations pour lombosciatalgies ou trouble équivalent. Dans sa réponse du 9 mars 2007, le Dr B _____ a confirmé qu'il avait repris le cabinet du Dr

G _____, mais qu'avant la date de l'ouverture de son cabinet, le Dr A _____, qui était le remplaçant du Dr G _____, s'était procuré le dossier complet du recourant auprès de l'assistante du Dr G _____. Il a précisé qu'il avait récupéré à fin 2004 une copie du dossier du recourant sans toutefois avoir obtenu le dossier original. Il a confirmé que la copie du dossier médical ne mentionnait ni douleurs lombaires, ni tout autre syndrome douloureux de type lombosciatalgie. Le 20 mars 2007, le Tribunal a entendu le Dr A _____ et un ancien collègue de travail du recourant. Lors de son audition, le Dr A _____ a déclaré : "Sur question, je rectifie les années figurant sur ma réponse du 1 er janvier 2007. C'est donc en date du 14 septembre 2004 (et non 2006) que la première consultation suite à l'accident du 8 septembre a eu lieu en mon cabinet. D'autre part, j'avais reçu M. M _____ et procédé à un examen clinique antérieurement à cet accident, à savoir, le 12 mai 2004 (et non 2006), ce que la lecture de mon dossier me confirme. La consultation était due à des lombo-sciatalgies gauches. (...). La première fois que j'ai reçu à mon cabinet M. M _____, c'était le 23 février 2004, pour douleurs au poignet gauche et cheville gauche. La première fois que j'ai consulté son ancien dossier, c'est vraisemblablement à cette date ou en tout cas durant cette période. J'ignore si des problèmes de dos étaient signalés dans ce dossier car je l'ai transféré à nouveau au Dr B _____, nouveau médecin traitant du recourant. (...). La deuxième consultation était celle du 3 avril 2004 pour raison de maladie, sans lien avec le dos. Par conséquent je peux confirmer que la première consultation en mon cabinet pour des problèmes de dos est celle du 12 mai 2004. J'ai posé à cette occasion le diagnostic de lombo-sciatique à gauche. Cette affection est due le plus souvent à un début d'hernie discale, mais il peut y avoir d'autres causes. Le traitement consiste en anti-inflammatoires. S'il n'y a pas d'amélioration au bout de quelques mois, on peut faire une IRM dans le but de confirmer ou d'infirmier la présence d'une hernie discale. Après la consultation du 12 mai 2004, il y en a eu une le 22 juin 2004 pour prescription d'anti-douleurs uniquement (douleurs au poignet et à la cheville gauche). La consultation suivante a été celle qui a suivi l'accident, soit celle du 14 septembre 2004. A cette occasion, j'ai établi un arrêt de travail depuis le 10 septembre 2004, ce qui signifie que M. M _____ ne travaillait plus depuis cette date et que je confirmais l'incapacité de travail. J'ai diagnostiqué une entorse au genou gauche et un claquage du muscle du mollet gauche. Il n'y avait pas de plaintes relatives au dos. Le traitement a été des médicaments anti-inflammatoires et anti-douleurs. La consultation suivante a eu lieu le 6 décembre 2004. A cette occasion, le recourant se plaignait de lombo-sciatalgies et m'a demandé de remplir le formulaire de la SUVA pour déclarer cette affection en accident. J'ai refusé de le faire puisqu'une des questions portait sur l'existence d'antécédent et qu'il y avait eu en effet des lombo-sciatalgies diagnostiquées pour cause de maladie comme je l'ai expliqué plus haut. Sur question, j'indique qu'il est évidemment possible que l'accident ait aggravé l'état du dos. Cependant, puisqu'il n'y a pas eu de consultation entre le 14 septembre et le 6 décembre, cela est peut probable, car il est rare qu'une complication d'un accident émerge si tardivement. Je répète que cela est évidemment possible. Sur question, j'indique que les douleurs au poignet et à la cheville gauche pour lesquelles le recourant m'a consulté, ne peuvent absolument pas être en lien avec l'affection du dos." Quant à l'ancien collègue de travail, il a déclaré que, lorsqu'ils travaillaient ensemble chez X _____ SA, il voyait tous les jours le recourant qui se plaignait du poignet et du dos, mais qu'il ne se souvenait pas de l'accident de 2004. A l'issue de l'audience, les parties ont procédé à un échange de vue, puis le Tribunal a fixé un délai au recourant pour retirer son recours ou pour motiver son maintien. Par écriture du 12 avril 2007, le recourant a maintenu son recours estimant

que l'accident du 8 septembre 2004 avait pour le moins aggravé l'état de son dos et que le témoignage du Dr A_____ devait être considéré avec réserve au vu des nombreuses contradictions ayant émaillé son discours. A ce sujet, il a contesté la description donnée par le praticien de son accident et de ses plaintes. Il a prétendu que le Dr A_____ avait passé totalement à côté du diagnostic de hernie discale et qu'il ne se souvenait pas avoir consulté le Dr A_____ pour vertébralgies avant l'accident ce qui permettait de penser que ses douleurs avaient été insignifiantes, d'autant plus que le praticien n'avait instauré aucun traitement. Il en a déduit que l'affection éventuellement présentée était bénigne et qu'elle n'aurait pas dégénéré sans l'accident. Le 13 avril 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimée et a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. En l'espèce, la décision sur opposition du 12 mai 2006 a été reçue par le recourant le 16 mai 2006 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement, conformément l'art. 89C let. b de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), de sorte que le recours du 11 septembre 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 26 septembre 2004. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si la hernie discale est en rapport de causalité naturelle avec la chute accidentelle du 8 septembre 2004. Selon la jurisprudence, 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1). 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHUPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/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 (cf. 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/bb et cc). Le recourant soutient, en se basant sur les rapports du Dr B _____, que la hernie discale

est en relation de causalité naturelle avec le traumatisme du 8 septembre 2004, alors que l'intimée prétend qu'elle est sans rapport avec ledit accident, en s'appuyant sur le rapport de la Dresse E_____. En l'espèce, dans son rapport du 4 avril 2006, la Dresse E_____ a retenu que la chute par l'assuré, le 8 septembre 2004, n'était pas de nature à provoquer une hernie discale. Selon elle, la genèse traumatique de celle-ci n'est ni possible, ni probable dès lors que, sur la base de la dynamique traumatique, l'événement accidentel n'est pas adéquat, une sciatalgie aiguë n'est pas apparue immédiatement après l'accident, l'assuré présentait un état dégénératif du rachis préexistant, l'arrêt de travail consécutif à la chute a été relativement court, enfin, entre la chute et la consultation du 6 décembre 2004, aucun symptôme transitoire objectivable signant une possible complication due à la chute n'a été constaté. Même si ce rapport ne se fonde pas sur un examen clinique du recourant, il a été établi sur la base de rapports de médecins qui ont tous examiné le recourant et ont fait état de ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est exprimé sur la question du lien de causalité naturelle et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes dès lors que l'événement accidentel du 8 septembre 2004 n'a pas revêtu une importance particulière. En effet, en tant qu'il est tombé de sa hauteur en glissant sur un sol mouillé alors qu'il manoeuvrait un transpalette, le recourant n'a été victime que d'une chute banale. En outre, il n'a consulté son médecin généraliste que le 14 septembre 2004, soit près d'une semaine après cet accident, et a continué à exercer son activité professionnelle deux jours encore avant d'être déclaré en arrêt total de travail du 10 au 26 septembre 2004. Une nouvelle incapacité complète de travail n'est, enfin, survenue qu'à partir du 4 janvier 2005. Au vu de cet avis médical, auquel il faut reconnaître pleine force probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/bb), l'accident du 8 septembre 2004 n'était pas susceptible de provoquer la hernie discale ce qui est, au demeurant, confirmé par la jurisprudence. En effet, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; SZIER 2001 p. 346 consid. 3b et les arrêts cités [ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00]; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne, 1990, p. 54 ss, en particulier p. 56). Ainsi, il ressort de la doctrine que des critères très stricts doivent être remplis pour que l'on admette une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal (traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate des douleurs après

l'accident, anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné). Ces conditions ne sont pratiquement jamais remplies, mis à part des cas exceptionnels. Dès lors, il faut toujours se baser sur l'idée d'une aggravation transitoire et non définitive, même si la douleur apparue après un traumatisme accidentel suggère au patient un lien étroit voire même étiologique entre le traumatisme et les symptômes (Wolfgang MEIER, Hernie discale lombaire et accident, Informations médicales [de la CNA] n° 68, décembre 1995. p. 14 et ss, not. 15; ATFA non publié du 7 juillet 2004, U 179/03, consid. 4.4.2). Il y a lieu d'ajouter que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 N° U 363 p. 46, consid. 3a et la référence citée). En l'espèce, l'assuré ne s'est plaint de douleurs lombaires que bien après sa chute, ce qui explique d'ailleurs qu'aucune investigation médicale n'ait été pratiquée sur la colonne lombaire avant le mois de décembre 2004. A cet égard, l'allégation du recourant, selon laquelle, il aurait immédiatement présenté des douleurs aiguës ne convainc pas, eu égard notamment à la rapidité avec laquelle il a pu reprendre le travail, à l'absence de consultation médicale entre le 14 septembre et le 6 décembre 2004, à l'absence d'incapacité de travail entre le début décembre 2004 et le 5 janvier 2005, enfin, aux déclarations du Dr A_____ qui, sur la base de son dossier médical, a indiqué n'avoir noté aucune douleur dans la région lombaire lors de son examen du 14 septembre 2004. Le recourant soutient également, en vain, qu'il ne présentait pas de signe dégénératif important de la colonne lombaire avant cet accident. D'une part, ce n'est qu'un des critères médicaux parmi d'autres à prendre en compte pour examiner l'existence d'une relation étiologique entre un accident et un prolapsus discal. D'autre part, il ressort tant du dossier médical du Dr A_____ que de l'audition d'un ancien collègue du recourant que ce dernier n'était pas asymptomatique auparavant. Enfin, l'IRM du 21 décembre 2004 décrit une baisse d'hyposignal discal au niveau L4-L5 et L5-S1 traduisant un phénomène net de dessiccation qui rend hautement vraisemblable l'origine dégénérative de cette altération, qui, de toute évidence, préexistait à l'accident du 8 septembre 2004. Il y a lieu de relever que le Dr A_____ a abouti aux mêmes conclusions que la Dresse E_____ puisque, lors de son audition par le Tribunal de céans, il a expliqué, de façon convaincante, pourquoi il ne partageait pas l'avis du Dr B_____ sur la question du lien de causalité naturelle entre la hernie discale et l'événement accidentel en cause. Selon lui, il est possible que l'accident ait aggravé l'état du dos, mais il considère, toutefois, que cela est peu probable car il n'y a pas eu de consultation entre le 14 septembre et le 6 décembre 2004 et qu'il est rare que la complication d'un accident apparaisse aussi tardivement. Le recourant tente, en vain, de jeter le discrédit sur les déclarations du Dr A_____, en lui reprochant d'avoir décrit de façon erronée tant le déroulement de l'accident que ses plaintes, qu'enfin, d'avoir passé totalement à côté du diagnostic de hernie discale. Il est frappant de constater que les griefs formés contre l'appréciation du Dr A_____ dépendent tous des informations données par le recourant. En effet, tant pour décrire l'accident que pour rapporter les plaintes du patient, le Dr A_____ s'est basé sur les propres déclarations du recourant qui a manifestement changé de version entre ses premières déclarations au Dr A_____ et ses explications subséquentes au Dr B_____. Or, selon la jurisprudence, en présence de deux versions différentes au sujet des circonstances d'un accident, il faut donner la préférence à celle que

l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, ATF 115 V 143 consid. 8c; ATF non publié du 24 janvier 2000, U 206/99, consid. 1b; RAMA 1988 n° U 55 p. 363 consid. 3b/aa). En l'espèce, la première version de l'accident ne fait état d'aucune chute en arrière sur les fesses contrairement à ce qu'indique le Dr B _____, sur la base des renseignements donnés par le recourant, mais d'une torsion de la jambe gauche à la suite d'une glissade en faisant un mouvement d'évitement. De même, lors de l'examen du 14 septembre 2004, les plaintes ne concernaient pas la colonne vertébrale, mais le genou gauche et le mollet gauche, ce qui est d'ailleurs confirmé par le recourant lui-même, qui, dans le complément à la déclaration d'accident, précise avoir ressenti un claquage musculaire. De plus, on ne voit pas comment le Dr A _____ aurait pu diagnostiquer une hernie discale si le recourant ne s'était pas plaint de douleurs dans la région lombosacrée. Enfin, bien qu'il soit l'ancien médecin traitant, les indications que le Dr A _____ a données ne sont nullement incohérentes dès lors qu'elles ne procèdent pas d'une appréciation médicale, mais reposent sur les éléments du dossier médical qu'il a constitué au nom du recourant. Quant au Dr B _____, bien que les conditions requises par la littérature médicale ne soient pas réalisées, il admet l'origine traumatique de la hernie discale, sans expliquer pourquoi il s'écarte de la doctrine médicale avalisée par la jurisprudence. A l'appui de sa thèse exprimée dans son rapport du 11 août 2005, il a prétendu que l'affection se serait manifestée pour la première fois lors de la chute sur les fesses, le 8 septembre 2004. Puis, lors de son audition par le Tribunal de céans, le 23 janvier 2007, il a soutenu que le dos du recourant était sain jusqu'à l'accident et que la hernie était post-traumatique, eu égard à la séquence des événements. Les explications du médecin traitant sont peu convaincantes et, au surplus, ainsi qu'il l'a admis lors de son audition par le Tribunal, reposent sur les propos du recourant qui a passé sous silence la consultation du Dr A _____, le 12 mai 2004, pour lombosciatalgies à gauche. Par ailleurs, son appréciation est d'autant plus sujette à caution qu'au contraire du Dr A _____, il n'a pas examiné le recourant au moment de la chute et qu'il ne l'a pas suivi entre la date de l'accident et la consultation du 20 décembre 2004. En conséquence, l'appréciation du Dr B _____ ne peut pas être retenue car reposant sur une prémisse erronée, à savoir que, contrairement aux informations en sa possession, le recourant avait déjà souffert de lombosciatalgies avant l'accident du 8 septembre 2004. Enfin, le recourant soutient que le fait qu'il ne se souvienne pas d'avoir consulté le Dr A _____ en raison de lombosciatalgies démontre que les douleurs étaient insignifiantes, respectivement que l'affection était bénigne, et donc qu'elle n'aurait pas dégénéré sans l'accident. L'argument du recourant ne consiste qu'en une simple hypothèse qui n'est nullement établie et qui, de plus, est contredite par la littérature médicale. En effet, l'usure croissante du disque intervertébral est, en général, attribuée aux altérations dégénératives, qui évoluent de manière autonome, d'après des lois qui leur sont propres, les facteurs extérieurs ne jouant qu'un rôle secondaire dans les causes de la dégénérescence du disque intervertébral (J. KRÄMER, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, 3ème édition, G. Thieme, 1994; DEBRUNNER/ RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Hans Huber, 1990). Quant au renvoi à l'ATF du 14 février 2006 (U 351/04), on ne voit pas en quoi les circonstances du cas seraient semblables dans ces deux affaires puisque, précisément, selon les indications de son médecin de l'époque, le recourant ne s'est pas plaint immédiatement de lombalgies, mais seulement trois mois après l'accident, contrairement au cas qui a été jugé par le TFA, ce qui a légitimé la prise en charge de

l'intervention chirurgicale et de ses suites par l'assurance-accidents. Par ailleurs, ce jugement ne fait que confirmer la jurisprudence bien établie en matière de lien de causalité naturelle entre accident et hernie discale. En définitive, les conditions strictes exigées par la doctrine médicale pour admettre un lien de causalité naturelle ne sont pas remplies. L'événement traumatique a été relativement modeste, la première consultation a eu lieu près d'une semaine après l'accident, l'absence de lésions discales ou vertébrales récentes était manifeste, le premier bilan radiologique du rachis lombaire a eu lieu plus de trois mois plus tard ce qui démontre que les douleurs lombaires n'étaient pas au premier plan. En outre, les pièces médicales du dossier et les rapports d'expertise n'attestent pas d'un tassement subit d'une vertèbre, de l'apparition ou de l'agrandissement d'une lésion, mais d'un état dégénératif pluri-étagé lombosacré. Par conséquent, l'effet délétère de l'accident du 8 septembre 2004 a cessé au 26 septembre 2004 avec la reprise du travail par le recourant dans la même mesure qu'avant l'accident. Dès lors, l'état de santé et l'incapacité de travail du recourant ne présentent plus de lien de causalité naturelle avec cet événement à compter de cette date (cf. ATFA non publié du 7 juillet 2004, U 197/03, consid. 4.4.3). Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. Le greffier Pierre RIES
La Présidente : Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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