

GE_GERICHTE A/3736/2011 vom 8. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3736_2011

FR: GE_GERICHTE A/3736/2011 du 8 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/3736/2011 del 8 novembre 2012

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur S _____, domicilié à Esery, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourant contre GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue Pertemps 23, 1260 Nyon intimée EN FAIT Monsieur S _____ (ci-après : l'assuré), né en 1956, travaille pour la ville de Genève depuis le 1^{er} juillet 1988. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après : l'assureur-accidents). L'assuré a été victime d'un accident non professionnel le 19 novembre 2007 : alors qu'il suivait un cours d'équitation à Neydens (France), la jument qu'il chevauchait s'est encoublée et est tombée sur les genoux ; l'assuré a alors chuté et il s'est blessé à la tête et à la nuque. Durant 10 minutes, il a souffert d'une sensation de quadriplégie sensitivo-motrice transitoire. Les premiers soins lui ont été donnés à l'Hôpital Intercommunal Sud Léman Valserine (St-Julien-en-Genevois, France), où l'assuré est resté hospitalisé jusqu'au 22 novembre 2007. Les diagnostics retenus étaient les suivants : traumatisme crânien sans perte de connaissance et contusion de l'épaule gauche, avec hyperesthésie du moignon de l'épaule. Suite à cet accident, l'assuré a été en arrêt de travail durant les périodes suivantes : 100% du 19 novembre 2007 au 2 janvier 2009 ; 50% du 3 au 30 janvier 2008 ; 30% du 31 janvier au 3 juillet 2008 ; 20% du 4 juillet 2008 au 16 janvier 2009 ; 25% du 17 janvier au 15 mars 2009 ; 100% du 16 au 20 mars 2009 ; 30% du 21 mars 2009 au 2 février 2012 ; Un scanner cervical, effectué le 17 décembre 2007, a mis en évidence des atteintes dégénératives étagées du rachis cervical, prédominant en C4-C5 et C5-C6, avec un débord discal médian en faveur d'un processus herniaire en C4-C5, un foramen un peu réduit de chaque côté en raison d'une uncarthrose en C5-C6 et un débord discal médian en C6-C7. Le Dr A _____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assuré, lui a prescrit des séances de massages sédatifs et décontractants avec physiothérapie, ainsi que de la rééducation par contractions isométriques contre résistance manuelle en respectant la règle de la non-douleur. Les douleurs ayant empiré, les deux séries de physiothérapie prescrites ont été interrompues. Le 15 janvier 2008, le Dr A _____ a fait état de cervico-dorsalgies, de douleurs de la ceinture scapulaire et de dysesthésies du membre supérieur, dont il a estimé qu'elles étaient certainement en lien de causalité avec l'événement assuré. Le diagnostic retenu était celui de cervico-dorsalgies post-chute. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale, réalisée le 20 mars 2008, a permis de constater un rétrécissement du canal rachidien s'étendant de C3-C4 à C5-C6 (secondaire aux altérations dégénératives, avec ostéophytose postérieure) et une lésion intra-médullaire en regard de C3-C4 (latéralisée à droite, compatible avec une séquelle de contusion médullaire post-traumatique, compte tenu du contexte clinique). Cet examen a également mis en évidence des discopathies étagées, s'accompagnant d'une uncarthrose, avec rétrécissement des trous de conjugaison. Le Dr A _____ a posé les

diagnostics de contusion médullaire cervicale suite à une chute de cheval (cf. rapport du 28 avril 2008), de status post-accident (chute à cheval), avec une tendance algique (cervicalgies et névralgies cervico-brachiales - NCB ; cf. rapports des 13 juin et 19 décembre 2008 et 31 mars 2009), de status post-chute de cheval, avec contusion médullaire en C3-C4, avec, à l'examen clinique, une raideur cervicale avec des contractures et des douleurs (cf. rapport du 1^{er} octobre 2008). Une IRM cervicale réalisée le 8 décembre 2008, a mis en évidence une dégénérescence discale étagée avec discopathie sévère C4-C5 et C5-C6, un œdème intra-spongieux bordant les plateaux inférieur et postérieur de C4 et supérieur de C5, une protrusion discale ostéophytaire C4-C5 (de localisation médiane et paramédiane gauche, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural mais sans répercussion significative sur les racines sous-jacentes), un rétrécissement relatif des canaux radiculaires C4-C5, C5-C6 à droite, un foyer nodulaire au sein du cordon médullaire en C3-C4 (de signal hypo-intense en T1, hyper-intense en T2, évoquant une myélomalacie focalisée) ainsi qu'une scoliose à convexité gauche. L'assuré a également été suivi par le Dr B _____, de la Policlinique de neurologie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG). Du rapport rédigé le 19 mars 2009, il ressort que l'assuré restait tributaire de son traitement : toute interruption ou diminution de dose avait pour conséquence la réapparition de douleurs au niveau des deux membres supérieurs. Un examen neurologique pratiqué le 20 février 2009 s'était révélé normal. Cela étant, l'assuré souffrait clairement de douleurs post-traumatiques avec une contusion médullaire et probablement aussi radiculaire, bilatérale, prédominante à gauche, avec un canal légèrement rétréci de C3 à C4 et de C6 à C7. Les lésions médullaires n'avaient pas évolué entre les IRM comparatives de mars et décembre 2008. Le 13 mai 2009, le Dr B _____ a posé le diagnostic de traumatisme médullaire sur chute à cheval. Il a conclu à un syndrome post-traumatique, consécutif à une contusion médullaire au niveau de la région cervicale constatée à l'IRM, en lien de causalité certain avec l'événement assuré. Le 9 octobre 2009, le Dr A _____ a quant à lui conclu à un syndrome douloureux chronicisé (cervicales et ceinture) et à un status post-traumatisme cervical avec contusion médullaire et de myélomalacie. Une nouvelle IRM cervicale pratiquée le 13 octobre 2009 a mis en évidence une dégénérescence discale étagée avec discarthrose C4-C5 et C5-C6, une protrusion discale ostéophytaire C4-C5 et C5-C6 entrant en conflit avec les racines C5-C6 à gauche, une uncarthrose avec rétrécissement des canaux radiculaires C4-C5 et C5-C6 et un foyer nodulaire persistant au sein du cordon médullaire, évoquant une myélomalacie focalisée suite à une contusion médullaire, non évoluée par rapport à l'IRM du 8 décembre 2008. L'assuré a été mis au bénéfice d'une pension d'invalidité à 30% versée par la CAISSE D'ASSURANCE DU PERSONNEL DE LA VILLE DE GENÈVE dès le 1^{er} décembre 2009. Mandatés par l'assureur-accident, les Drs C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et D _____, spécialiste FMH en neurologie, de la Clinique CORELA, ont examiné l'assuré en date du 18 novembre 2009 et rendu leur rapport le 19 janvier 2010. Les experts ont notamment relaté que l'assuré se plaignait de douleurs cervicales persistantes, irradiant dans les membres supérieurs, d'asthénie et d'une diminution de la résistance à l'effort. Ils ont retenu à titre de diagnostics en lien de causalité certain avec l'événement du 19 novembre 2007 : une contusion médullaire en C3-C4 et un traumatisme crânio-cérébral modéré. Les experts ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans lien de causalité avec l'accident et sans incidence sur la capacité de travail, des troubles dégénératifs de la colonne cervicale, de C3 à C7. La contusion médullaire se manifestait par des réflexes plus vifs aux membres

inférieurs, une discrète extension de la zone réflexogène et des douleurs persistantes, surtout dans les membres supérieurs. Le traumatisme crânio-cérébral modéré se traduisait par une fatigabilité intellectuelle et de l'irritabilité. Les experts ont émis l'avis que le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé persisterait de cette manière durant encore quelques mois. La causalité entre l'hyperréflexie et la contusion médullaire était certaine. Toutefois, les douleurs ressenties dans le cadre du syndrome post-traumatique ne devaient, dans les mois suivants, plus générer d'incapacité de travail, car elles étaient désormais maîtrisées. Les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle neurologique compte tenu d'une récupération motrice et sensitive, d'une force et d'une sensibilité normales. Selon eux, il existait certainement un état antérieur au niveau de la colonne cervicale. Une amélioration de l'état de santé était encore possible dans les six mois. Au-delà, la question du lien entre l'état dégénératif et la persistance des douleurs au niveau de la nuque et leur irradiation dans les membres supérieurs se poserait. Les experts n'ont pas examiné la question du lien de causalité entre l'accident et le traumatisme crânio-cérébral. A cet égard, ils ont préconisé une expertise neuropsychologique portant sur l'asthénie, la fatigue et l'irritabilité. Une éventuelle dépendance aux dérivés opiacés, pouvant expliquer les troubles de la concentration et la fatigue, ne pouvait être exclue. Sur le plan orthopédique, le statu quo sine avait été atteint, les troubles dégénératifs ayant continué à évoluer entre décembre 2008 et octobre 2009, sans ce que cela ne fût lié à l'accident. Sur le plan neurologique, il existait une nette amélioration et il était possible que le statu quo sine pût être atteint dans un délai de six mois au maximum. Les troubles et douleurs ressentis au niveau scapulaire s'expliquaient au niveau neurologique (séquelles de la contusion médullaire sous forme d'hyperréflexie, associées à une exacerbation des douleurs liées à la dégénérescence cervicale osseuse préexistante à l'accident). Les experts ont toutefois relevé que les douleurs pouvaient également avoir été exacerbées par la déception et le sentiment de dévalorisation ressentis par l'assuré suite au déclassement professionnel ayant suivi son accident (travail désormais moins motivant et rétrogradation dans les responsabilités). Les experts ont finalement retenu une incapacité de travail de 25%, dont ils ont précisé qu'elle était consécutive aux douleurs post-traumatiques neurologiques et non aux troubles orthopédiques. Ils ont recommandé de procéder à une évaluation neurologique six mois plus tard. Enfin, ils ont conclu à une atteinte à l'intégrité de 25% en raison de l'hyperréflexie séquellaire à la contusion médullaire. Par courrier du 19 février 2010, l'assuré a fait part de ses commentaires concernant l'expertise précitée. Il lui a notamment reproché d'avoir globalement sous-estimé ses plaintes et s'est étonné de l'appréciation du Dr D _____, qui estimait que les douleurs persistant plus de six mois devaient être attribuées aux lésions dégénératives. Par ailleurs, l'assuré relevait n'avoir jamais rencontré de problème neurologique par le passé. Par courrier du 5 août 2010, le Dr B _____ a confirmé le diagnostic de douleurs cervicales post-traumatiques sur contusion médullaire et la persistance des douleurs, malgré un contrôle médicamenteux (environ 80%). Selon lui, le fait que les mouvements de la nuque ne rencontrent pas d'obstacle et ne déclenchent pas de phénomènes douloureux, démontrait que l'atteinte médullaire - plutôt qu'une atteinte mécanique - était à l'origine des symptômes. Un complément d'expertise a été réalisé le 15 septembre 2010 par le Dr D _____. Dans son rapport du 25 novembre 2010, il a relaté les plaintes suivantes : cervicalgies quotidiennes, avec impression de brûlures dans les épaules, pouvant irradier dans les bras, mais non dans les avant-bras, fourmillements occasionnels, raideur cervicale et, surtout, asthénie. A l'examen clinique, le Dr D _____ a constaté que les flexions antérieure et postérieure de la nuque

reproduisaient une cervicalgie, que les rotations latérales engendraient des douleurs et qu'il y avait des limitations scapulaires. L'expert a confirmé les diagnostics précédemment retenus et constaté qu'ils n'entraînaient plus d'incapacité de travail. L'expert a expliqué que les résultats de la recherche d'opiacés - négatifs - démontraient que le traitement n'était pas pris. Dans ces conditions, il ne pouvait cautionner la poursuite de l'arrêt de travail. Quant à l'asthénie et à la fatigue, elles n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec le trouble neurologique. Selon l'expert neurologue, soit il existait une pathologie psychiatrique, soit l'assuré exprimait son mécontentement - inconscient - d'avoir été déclassé par le biais de la persistance des symptômes. Les limitations fonctionnelles, tant dans l'activité habituelle que dans l'activité adaptée, étaient en lien avec la douleur, le port de charges, les mouvements au-dessus de la ligne des épaules et le travail en porte-à-faux cervical. La capacité à exercer l'activité habituelle de responsable du secteur de l'animation de la ville de Genève était nulle mais restait entière s'agissant d'une activité adaptée telle que celle occupée désormais par l'assuré. Ce dernier pouvait théoriquement immédiatement reprendre son poste à 100%, mais il était préférable, pour des motifs non médicaux, qu'un care manager l'accompagnât et qu'une discussion ait lieu avec la direction. L'expert a produit en annexe à son rapport celui d'UNILABS, révélant une recherche d'opiacés (héroïne, morphine, codéine) négative. A compter du 1er septembre 2010, l'assuré a été suivi par le Dr E _____, psychiatre, et la Dresse F _____, médecin adjoint, du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (ci-après : centre de traitement de la douleur). Ces médecins, dans un rapport du 23 septembre 2010, ont conclu à des cervicobrachialgies chroniques et à un status post-traumatisme cervical, avec contusion médullaire C3-C4. Ils ont expliqué que les cervicobrachialgies chroniques étaient d'allure neurogène, ce qui était cohérent avec le status post-contusion médullaire C3-C4 avec traumatisme crânien et cervical. Ils ont préconisé une modification des horaires de prise des médicaments, l'introduction d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'amitriptyline (Laroxyl). Dans un rapport ultérieur du 7 décembre 2010, les médecins ont constaté une amélioration globalement modérée mais néanmoins significative des symptômes (net soulagement de la symptomatologie matinale, symptômes douloureux moins envahissants et moins intenses, humeur améliorée). Les médecins ont préconisé un bilan neuropsychologique, en cas de persistance des troubles mnésiques. Par courrier du 8 décembre 2010, l'assuré a commenté le complément d'expertise du 25 novembre 2010. Il a notamment soutenu suivre scrupuleusement son traitement médical depuis 2007. Un second test sanguin s'étant toutefois également révélé négatif, il s'était renseigné auprès d'un pharmacologue qui lui avait expliqué, d'une part, que les composants du Tramal pouvaient être éliminés très rapidement de façon naturelle et, d'autre part, que la recherche d'opiacés dans les urines ne permettait pas d'identifier le Tramal. L'assuré a souligné que si son traitement lui permettait certes de supporter les douleurs, celles-ci ne disparaissaient jamais totalement. Il s'est également inscrit en faux contre les remarques de l'expert relatives à son statut professionnel, expliquant qu'il avait pu conserver son statut et son salaire. Enfin, il a expliqué qu'il souhaitait continuer son traitement. Par décision du 10 décembre 2010, l'assureur a mis un terme, avec effet au 15 septembre 2010, au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux. L'assureur-accident, se référant à l'avis du Dr D _____, a considéré que l'assuré était désormais apte à reprendre son travail, avec le même rendement qu'avant l'accident. Il lui a en revanche reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 26'700 fr., correspondant à une atteinte de 25%. Par courrier du 6 janvier 2011, complété le 14 mars 2011, l'assuré s'est opposé à cette

décision en alléguant suivre scrupuleusement son traitement et ne pas être en état d'assumer une fonction d'encadrement. L'assuré a notamment produit : les résultats positifs d'un dosage de Tramadol dans le sérum sanguin effectué le 15 décembre 2010 ; un rapport des Drs E _____, psychiatre, et F _____, médecin adjoint, du centre de traitement de la douleur ; un courrier adressé le 18 janvier 2011 par le Dr B _____ au Dr A _____, dans lequel le médecin confirme que le test sanguin pratiqué à la demande de l'expert n'avait ni la sensibilité ni la spécificité nécessaires pour détecter du Tramadol dans le sang. Interpellé par l'assureur-accident, le Dr D _____ a répondu, par courrier du 24 juin 2011, que le débat sur la prise de Tramadol ne devait pas masquer le véritable problème de fond, soit l'existence d'atteintes dégénératives prononcées en C4-C5 et C5-C6, avec un canal étroit de C4 à C6, une protrusion entrant en conflit avec les racines C5-C6 à gauche. En effet, selon lui, de telles lésions ne sauraient être attribuées à l'accident ; elles sont typiques d'une arthrose, ce qui implique un processus de remodelage osseux de long terme. L'expert a répété que les douleurs peuvent trouver leur origine tant dans un syndrome post-traumatique que dans les troubles dégénératifs du rachis, d'autant plus qu'il n'existe aucun trouble de la sensibilité dans le territoire C3-C4 pouvant corroborer l'hypothèse de douleurs liées à la contusion. Il a expliqué avoir néanmoins encore admis l'existence d'un lien de causalité avec l'accident pour quelques mois, précisant qu'ensuite, la dégénérescence prenait très largement le pas sur la cause accidentelle. Le Dr D _____ a encore allégué que des traces de Tramadol auraient dû être retrouvées dans les urines. Pour le surplus, l'expert a confirmé ses conclusions. Par décision du 6 octobre 2011, l'assureur a confirmé sa décision précédente. L'assureur a indiqué que les douleurs - dont il ne doutait pas de l'existence - devaient désormais être imputées non plus à l'accident mais à des troubles de nature malade. L'assureur a rappelé que le raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » n'est pas valable. Le 7 novembre 2011, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours auprès de la Cour de cassation en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles persistants soit reconnue au-delà du 15 septembre 2012. Le recourant reproche à l'expertise du Dr D _____ de graves lacunes. Il souligne que l'expert s'est basé pour rendre ses conclusions sur un examen toxicologique erroné, qu'il a méconnu le fait qu'une prise en charge était déjà en cours auprès du Centre de traitement de la douleur, qu'il a émis des hypothèses erronées quant à une éventuelle pathologie psychiatrique et qu'enfin il a estimé que l'existence du rétrécissement du canal rachidien ne participait que de manière très secondaire à la symptomatologie douloureuse, opinion contredite par celle du Dr B _____. L'intimé a répondu en date du 8 décembre 2011 en persistant intégralement dans les termes de la décision querellée. Le 31 janvier 2012, le recourant a encore produit : une appréciation du Dr B _____, datée du 13 janvier 2012 ; ce médecin y confirme qu'à son avis, la contusion médullaire accidentelle a entraîné un déficit neurologique régressif et des douleurs importantes ; il indique que cette contusion ne peut en aucun cas s'expliquer par les troubles dégénératifs ; il conclut à une capacité de travail de 80% au moins ; invoquant l'avis d'un collègue, le Prof. G _____, du service de pharmacologie clinique des HUG, il explique que le test sanguin n'a ni la sensibilité ni la spécificité pour détecter le Tramadol dans le sang ; un courrier du Conseil administratif de la Ville de Genève du 29 septembre 2010 informant le recourant de son affectation définitive à la fonction de chargé de projets à 70% ; un certificat de travail intermédiaire du 19 septembre 2010. Le 1^{er} mars 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions en invoquant la jurisprudence relative à la valeur probante des rapports émanant des médecins traitants. Le

recourant a également persisté dans ses conclusions par écriture du 30 avril 2012. Il fait remarquer qu'il n'a jamais fait l'objet d'une évaluation psychiatrique et qu'il n'a pas non plus été interrogé sur son activité professionnelle par le Dr D_____. Il se dit très motivé par son nouveau poste. Le recourant produit un certificat du Dr B_____ daté du 3 février 2012 lui reconnaissant une capacité de travail de 80%. EN DROIT

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 depuis le 1er 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'assureur-accidents de mettre un terme à la prise en charge du sinistre le 15 septembre 2010, particulièrement sur la question de la persistance, au-delà de cette date, d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 novembre 2007 et les troubles subsistant chez l'assuré. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). a/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V

177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). a/bb) 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. a/cc) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif 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 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 maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). 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 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid.4.2). En effet, la preuve médicale de la causalité naturelle dans un tel cas est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (ATF non publiés 8C_412/2008 du 3 novembre 2008, consid. 5.1.2; 8C_467/2007 du 25 octobre 2007, consid. 3.1; voir également ATFA non publié U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (ATFA non publié U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2; voir également ATFA non publié U 60/02 du 18 septembre 2002). b) 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits

d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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. 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). b) 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. cc). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF non publiés 9C_12/2012 consid. 7.1, 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 9C_973/2011 du 27 février 2012 consid. 3.2.1, 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.3). c) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). a) 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). b) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3). a) En l'espèce, il ne fait aucun doute que le rapport d'expertise du 19 janvier 2010 présente une pleine valeur probante, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant. Les conclusions dudit rapport ne sont d'ailleurs pas litigieuses, dès lors que les experts confirment le lien de causalité entre l'incapacité de travail partielle et l'accident assuré, indiquant que la question du statu quo devra être examinée six mois plus tard. b) Est par contre litigieuse la valeur probante du rapport complémentaire du 25 novembre 2010. Après avoir résumé le dossier médical depuis la dernière expertise, rappelé l'anamnèse et décrit les plaintes actuelles du recourant et les constatations médicales objectives, le Dr D_____ a indiqué : « Pour ma part, si j'ai d'abord donné un avis positif de poursuite de l'incapacité de travail oralement à l'assuré lors de mon examen, j'ai ensuite reçu les rapports relatifs à la recherche biologique d'opiacés, prouvant que le traitement n'était pas pris puisque le résultat s'est avéré négatif. Or, l'assuré avait expliqué que le traitement était un support très important dans le cadre des algies post-traumatiques, position réitérée, alors que la prise de ce traitement a été cessée, à une date indéterminée. En l'absence de prise médicamenteuse, une persistance de douleurs importantes contrôlées par médicament et empêchant une reprise du travail ne peut être retenue. Au niveau neurologique, une douleur résiduelle post contusion médullaire peut exister, elle peut ne pas être intense au point de nécessiter un traitement médical soutenu, ce qui amène à poser la question de l'étiologie des douleurs présentées et rapportées par l'assuré. En effet, l'asthénie et la fatigue qui persistent ne sont pas en relation de causalité naturelle avec un trouble neurologique. Comme nous l'avons expliqué à plusieurs reprises, la pathologie dégénérative est aussi présente dans les plaintes persistantes, même si son incidence est aussi niée par l'assuré. Ainsi, soit il existe une pathologie psychiatrique, soit l'assuré exprime par la persistance de ces symptômes son mécontentement, a priori inconscient, d'avoir été déclassé ». On peut déduire du passage susmentionné que si le résultat de l'examen urinaire s'était révélé avoir été positif aux opiacés, le Dr D_____ aurait admis la persistance d'une incapacité de travail à la charge de l'intimé, la question de

l'étiologie des douleurs ne se posant alors pas. Or, les explications du Dr B _____ quant aux résultats obtenus au test sanguin paraissent convaincantes. Cet avis ne saurait être purement et simplement écarté au motif qu'il émane du médecin traitant, d'autant que ses explications sont corroborées par la littérature. Il est en effet reconnu que le Tramadol ne peut être mis en évidence par la recherche non ciblée d'opiacés dans les urines ; il faut pour cela utiliser des tests avec un anticorps spécifique (cf. « Le screening toxicologique aux urgences », article du Dr H _____, publié sur le site de la Société française de médecine d'urgence [www.sfm.org/urgences2010/donnees/pdf/019_nisse.pdf]). A la lecture du résultat de la chimie clinique, la Cour constate que seule une recherche non ciblée a été effectuée, le rapport d'UNILABS ne mentionnant pas une recherche spécifique du Tramadol. Par conséquent, les contestations du recourant et de son médecin suffisent à faire douter de la valeur probante du rapport complémentaire du Dr D _____, dès lors que celui-ci s'est basé principalement sur ces résultats pour nier un lien de causalité entre l'incapacité de travail persistante et l'accident assuré. c) Certes, le Dr D _____ a par la suite allégué, dans son courrier du 24 juin 2011, que le débat sur le Tramadol était secondaire au vrai problème, à savoir les atteintes dégénératives prononcées existantes. Ces explications ne convainquent pas la Cour de céans dans la mesure où il apparaît clairement que le Dr D _____ ne s'est précédemment posé la question de l'étiologie des douleurs que parce que le test urinaire s'était révélé négatif. Si la question de savoir si l'assuré suivait strictement ou non son traitement était réellement secondaire, le Dr D _____ aurait dû se poser la question de l'étiologie, indépendamment des résultats du test urinaire. d) Force est de constater qu'à l'exception de la première expertise, à l'issue de laquelle l'expert admettait une incapacité de travail en lien avec l'accident assuré, celles des 25 novembre 2010 et 24 juin 2011 ne remplissent pas les conditions permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 6 octobre 2011 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès d'un expert indépendant, autre que le Dr D _____. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 6 octobre 2011 Renvoie la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'500 fr. à titre de dépens. 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; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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