

GE_GERICHTE A/3952/2007 vom 26. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3952_2007

FR: GE_GERICHTE A/3952/2007 du 26 juin 2008

IT: GE_GERICHTE A/3952/2007 del 26 giugno 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.06.2008
A/3952/2007

A/3952/2007 ATAS/774/2008 du 26.06.2008 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3952/2007
ATAS/774/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 3 du 26 juin 2008 En la cause Monsieur M_____, domicilié à Cluses,
FRANCE recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002
LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur M_____, domicilié en France, a été employé
depuis le 1^{er} octobre 2000 en tant qu'opérateur régleur pour le compte de l'entreprise
X_____ SA à Carouge. A ce titre, il était assuré auprès de la CAISSE NATIONALE
SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische
Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) contre le risque d'accidents. Le 28 juin
2006, dans le cadre de son travail, l'assuré a été victime d'une chute qui lui a occasionné une
contusion du côté gauche. De la déclaration d'accident établie le 30 juin 2006, il ressort qu'il
a glissé et chuté sur le flanc gauche sans que sa tête ne soit touchée. Le Dr A_____, à
Cluses, a pratiqué le lendemain des radiographies, notamment du rachis lombaire, qui n'ont
pas révélé de lésion traumatique. Le médecin a constaté une contusion multiple au niveau
de la hanche du genou et de l'épaule gauche. Il a ajouté que le patient se plaignait de
douleurs lombaires et de rachialgies. L'accident a fait l'objet d'une annonce auprès de la
SUVA qui a pris le cas en charge. Le Dr B_____, spécialiste en vertébrothérapie établi
en France, a établi en date du 28 juin 2006 un rapport. Il a constaté un raideur douloureuse
de tout le rachis et conclu à un blocage ostéopathique étagé du bassin. Le Dr C_____ a
procédé à des radiographies le 29 juin 2006. Il a conclu à l'absence de lésion ou de séquelle
traumatique perceptible au niveau du squelette examiné. Il a ajouté que le contrôle rachidien
montrait une petite discopathie dégénérative L4-L5 sans image susceptible d'évoquer une
séquelle traumatique récente. L'aspect radiographique du bassin a été qualifié de normal.
Ont été relevés des constructions dégénératives fémorales gauches sans pincement
significatif de l'interligne articulaire. Une échographie de l'épaule a été pratiquée le 6 juillet
2006 par le Dr D_____ qui a constaté l'absence de signes de rupture tendineuse et a
conclu à un bilan compatible avec une périarthrite. Un scanner pratiqué le 26 septembre
2006 par le Dr E_____ a mis en évidence une discopathie protrusive L4-L5 avec un
petit conflit sur les portions intra-canalaires des deux racines L5, ainsi qu'une discrète
protrusion discale des autres étages lombaires. Le dossier de l'assuré a été soumis une
première fois pour examen au Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin
d'arrondissement. Ce dernier a rendu son rapport le 15 janvier 2007. Il a estimé que la
situation n'était pas stabilisée. Vu la persistance de la symptomatologie douloureuse, le Dr
F_____ a donné son aval à un séjour au Centre hospitalier (clinique de rhumatologie)

d'Aix-les-Bains pour une approche globale du syndrome douloureux chronique dont il espérait qu'elle apporterait une solution favorable au syndrome douloureux de l'assuré. Dans un courrier du 20 juin 2007, le Dr B_____ a signalé l'existence d'un tableau névrotique anxieux en raison duquel un traitement par antidépresseur a été instauré. Les soins prodigués n'ayant pas permis de faire disparaître les douleurs de l'assuré, un second examen a été pratiqué le 22 juin 2007 par le Dr F_____. Le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au Dr F_____ qui s'est exprimé en date du 27 juin 2007. Le patient a déclaré que les infiltrations n'avaient apporté aucune amélioration, pas plus que son hospitalisation. Quant à la physiothérapie, elle avait été stoppée car elle semblait aggraver la situation. La patient se plaignait alors toujours des mêmes douleurs que lors de l'examen précédent c'est-à-dire au niveau des lombaires avec irradiations dans le membre inférieur gauche jusqu'au talon. Le Dr F_____ a constaté que seuls des troubles dégénératifs avaient été objectivés par les examens complémentaires et qu'aucune lésion traumatique n'avait été révélée. L'examen neurologique n'avait montré aucun déficit sensitivomoteur grossier, les réflexes ostéo-tendineux n'avaient pas disparu, il n'y avait ni parésie ni signe radiculaire franc à l'épreuve de Lasègue. Le médecin en a tiré la conclusion qu'au terme de l'examen, pratiquement un an après la contusion lombaire, les conséquences délétères de celles-ci devaient être considérées comme éteintes. Le 23 juillet 2007, la SUVA a rendu une décision au terme de laquelle elle a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 juillet 2007 au motif que les troubles lombaires encore présents n'engageaient plus sa responsabilité, faute d'un rapport de causalité avec l'accident du 28 juin 2006. Par courrier du 23 août 2007, l'assuré a formé opposition à cette décision en produisant à l'appui de ses dires deux certificats émanant de ses médecins traitants. En substance, il a allégué n'avoir jamais souffert du dos avant l'accident et en a tiré la conclusion que les douleurs ne pouvaient donc être dues qu'à ce dernier. Par décision sur opposition du 21 septembre 2007, la SUVA a confirmé sa décision du 23 juillet 2007. La SUVA a relevé que les clichés radiologiques avaient permis d'exclure une lésion traumatique osseuse et qu'ils avaient en revanche révélé l'existence d'un état dégénératif antérieur de la colonne lombaire sous forme d'une discopathie protrusive au niveau L4-L5 ainsi que d'une discrète protrusion discale des autres étages lombaires. La SUVA s'est référée à l'avis de son médecin d'arrondissement selon lequel les conséquences délétère de l'accident du 28 juin 2006 devaient être considérées comme éteintes un an après le contusion lombaire subie. La SUVA a estimé que les certificats du Dr A_____ et B_____ produits par l'opposant n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions de son médecin d'arrondissement dans la mesure où ces documents ne faisaient que signaler l'absence de douleurs lombaires avant l'événement en cause. La SUVA a rappelé d'une part, que le principe "post hoc, ergo propter hoc" invoqué de manière implicite par les médecins traitants de l'assuré ne saurait être considéré comme un moyen de preuve, d'autre part, que les certificats de médecins établis à l'étranger devaient être reçus avec retenue dès lors qu'une appréciation compétente implique certainement une bonne connaissance du droit suisse des assurance sociales et que les bases d'appréciation étrangères diffèrent souvent de celles qui prévalent en Suisse. Enfin, la SUVA a relevé que les conclusions du Dr F_____ étaient conformes à la littérature médicale en matière de traumatisme du rachis. Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois, étant entendu qu'un événement accidentel n'apparaît qu'exceptionnellement comme la cause proprement dite d'une hernie discale, pratiquement toutes les hernies discales s'insérant, selon l'expérience médicale, dans un contexte

d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative. La SUVA a estimé que sa décision de mettre un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 juillet 2007 était donc bien fondée, voire bienveillante. Quant aux troubles de nature psychique signalés par le Dr B _____ dans son courrier du 20 juin 2007, la SUVA a considéré qu'ils n'engageaient pas sa responsabilité dès lors qu'un rapport de causalité adéquat entre ces derniers et l'événement, banal, du 28 juin 2006 devait être d'emblée nié. Par courrier du 20 octobre 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il estime que les lésions qu'il présente à l'heure actuelle sont encore en relation de causalité avec l'accident et produit à l'appui de sa thèse deux documents : - Dans un bref certificat établi le 20 mars 2007, le Dr B _____, spécialiste en vertébrothérapie en France. Le médecin y indique brièvement avoir constaté, en plus des problèmes ostéopathiques traités, un tableau de lombosciatique gauche confirmé par un scanner révélant un hernie discale L4-L5 à gauche. Le médecin rapporte également que son patient lui a déclaré n'avoir jamais eu aucun antécédent sciatique. Il en tire la conclusion suivante : "la pathologie décrite ci-dessus me paraît logiquement imputable à l'accident du 28 juin 2006". - Le Dr A _____, établi à Cluses, a également établi un bref rapport en date du 23 août 2007. Il y indique suivre le patient depuis le 29 juin 2006. Ce dernier souffrait alors de douleurs multiples mais aussi déjà de lombalgie qui s'est compliquée de lombosciatique gauche par hernie discale L4-L5. Le médecin ajoute : "cette souffrance et cette pathologie sont la conséquence de l'accident initial et nécessitent des soins constants. Le patient n'a jamais eu d'antécédents de sciatique ou de lombalgie". Invitée à se déterminer, la SUVA, dans sa réponse du 18 janvier 2008, a conclu au rejet du recours. Par courrier du 8 février 2008, l'assuré a informé le Tribunal de céans que son état s'était amélioré de sorte qu'il avait pu reprendre le travail - en accord avec l'assurance-invalidité - dans le cadre d'un reclassement dans un autre métier, au sein de son entreprise. Le recourant a par ailleurs produit un courrier émanant du Dr G _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, daté du 26 octobre 2007. Ce médecin indique que sur le plan clinique, l'assuré est quasiment inexaminable : "il arrive à peine à se pencher vers l'avant ou sur les côtés, ceci étant entrecoupé de cris et de soupirs de douleurs et de désespoir". Le médecin précise ne pas avoir retrouvé de syndrome de compression radiculaire évident. Il a constaté des réflexes vifs et symétriques, une vague atteinte de la sensibilité au niveau de la plante du pied gauche, un périmètre des cuisses strictement identique. Selon le médecin, le scanner ne montre qu'une vague protrusion discale L4-L5 médiane; les radiographies de la colonne lombaire montrent un léger pincement L4-L5 le jour de l'accident. Le médecin conclut qu'il existe manifestement une énorme discordance entre l'examen clinique, les radiographies et les plaintes du patient. Il ajoute que l'importante boiterie du patient aurait dû avoir pour conséquence d'une part, une asymétrie du volume musculaire des cuisses, d'autre part, une usure asymétrique des semelles des chaussures. Or, il n'a constaté ni l'une ni l'autre. Par courrier du 19 février 2008, la SUVA a persisté dans sa position. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, doit être déclaré recevable (art. 60 LPGA). Le litige porte sur la question de savoir si et dans quelle mesure les troubles encore présentés par l'assuré engagent la responsabilité de la SUVA au-delà du 31 juillet 2007. 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, 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, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 352 ss consid. 3 et les références). Ainsi, s'agissant de la valeur probante des 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 qu'un médecin 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). En l'espèce, les médecins traitants de l'assuré ont certes conclu à une relation de causalité entre les troubles présentés par ce dernier et l'accident. Cependant, les Drs A_____ et B_____ n'ont motivé cette conclusion que par le fait que le patient leur a indiqué n'avoir jamais souffert du dos antérieurement à l'accident. Or, selon la jurisprudence, le seul 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 avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b; arrêt A. du 31 juillet 2001 [U 492/00] consid. 3c). C'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Or, en l'occurrence, les radiographies pratiquées ont non seulement permis d'exclure toute lésion ou séquelle traumatique (cf. rapport des Drs C_____, D_____ et H_____) mais ont également révélé des atteintes dégénératives. Il n'existe donc aucun élément permettant de s'écarter de l'appréciation du Dr F_____, selon lequel les conséquences délétères de l'accident doivent être considérées comme éteintes un an après l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère d'ailleurs que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363, p. 46 consid. 3a et les références). Tel n'est pas le cas du recourant. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). En l'espèce, il y a lieu de se référer à l'avis du Dr F_____. C'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle. Or, en l'occurrence, le médecin conseil, spécialiste en la matière, a clairement conclu en défaveur d'un tel lien de causalité au-delà du 31 juillet 2007. Cette solution s'impose d'autant plus que le Dr G_____, dont le recourant a lui-même produit l'appréciation, n'a retenu qu'une vague protrusion discale L4-L5 médiane, tout en relevant une énorme discordance entre les radiographies et les plaintes du patient et l'absence d'éléments objectifs permettant de corroborer ces dernières. Quant aux troubles psychiques invoqués brièvement par le Dr B_____, il convient de relever que ce dernier n'est pas spécialiste en la matière, qu'il n'a pas documenté les troubles constatés et que, quoi qu'il en soit, les conditions permettant d'admettre un lien de causalité adéquat ne sont pas réunies en l'espèce. En effet, en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407ss consid. 5). Or, selon la jurisprudence relative à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 102 consid. 3b et les références), l'existence d'un lien

de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Tel est le cas en l'occurrence, la chute de l'assuré devant manifestement être qualifiée de banale. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît qu'un lien de causalité n'apparaît pas suffisamment prouvé pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2007. Le recours est donc 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. La greffière Brigitte LUSCHER 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.