

GE_GERICHTE A/3953/2016 vom 13. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3953_2016

FR: GE_GERICHTE A/3953/2016 du 13 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3953/2016 del 13 settembre 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à VÉSENAZ recourant contre AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1964, exerce la profession d'avocat indépendant à Genève. À ce titre, il est assuré à titre facultatif contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Axa assurances SA (ci-après : l'assureur).!endif>!if> 2. Le 11 mai 2011, alors qu'il se trouvait au volant de sa voiture, immobilisée à proximité d'un passage piéton, l'arrière de celle-ci a été percuté par un autre véhicule. Dans sa déclaration d'accident, datée du 20 mai 2011, l'assuré a fait état d'un « coup du lapin », de douleurs au dos, à la nuque ainsi que de maux de tête, en précisant que les premiers soins lui avaient été dispensés par un physiothérapeute.!endif>!if> 3. L'assuré a consulté Monsieur B_____, physiothérapeute, le 17 mai 2011, puis Monsieur C_____, ostéopathe, le 31 mai 2011.!endif>!if> 4. Le 1^{er} mai 2013, l'assuré a informé l'Helvetia, assureur responsabilité civile du tiers responsable, que le choc consécutif à l'accident lui avait déplacé un nerf et que, depuis lors, sa jambe gauche le faisait souffrir lorsqu'il restait assis plus de cinq minutes. Il n'avait pas revu de médecin, car il lui avait été indiqué qu'il n'y avait pas d'autre traitement à entreprendre.!endif>!if> 5. Le 20 mai 2014, l'assureur a accepté de rembourser à l'assuré une facture de CHF 220.- correspondant à des séances d'ostéopathie, tout en précisant : « [l'] intervention ne saurait créer un précédent. En cas de rechute ou de séquelles tardives, nous devrions revoir l'ensemble du cas ». !endif>!if> 6. Par courrier du 9 janvier 2015, l'assuré a indiqué à l'Helvetia qu'il souffrait toujours du dos et de la jambe gauche malgré ses séances d'ostéopathie. Il requérait par conséquent la prise en charge d'une tomodensitométrie lombaire visant à déterminer les lésions dont il souffrait.!endif>!if> 7. À la demande de son médecin traitant, l'assuré s'est soumis à l'examen précité le 22 juillet 2015. Le docteur D_____, radiologue, a notamment fait état d'une protrusion discale L5-S1 à la limite de la hernie médiane, d'herniations intra-spongieuses des plateaux vertébraux de L3-L4, d'une spondylose lombaire antérieure et d'un canal lombaire dont le diamètre était dans les limites inférieures de la norme.!endif>!if> 8. Le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a rendu un rapport le 6 juillet 2016 :!endif>!if> « (...) Percuté à l'arrière par un automobiliste le 11.05.2011. Pas de bilan médical, l'assuré n'a pas consulté de médecin mais un ostéopathe, puis il a fait de la physiothérapie (...). Cinq ans plus tard, soit en date du 22.07.2015, un CT du rachis lombaire est demandé par le docteur F_____. Sous indication il est noté : accident de voiture en 2011 avec douleur lombaire gauche. Les conclusions sont : protrusion discale L5-S1 à la limite de la hernie médiane. Herniations intra-spongieuses des plateaux

vertébraux de L3-L4. Spondylose lombaire antérieure. La mise en évidence de protrusion discale et d'herniations intra-spongieuses au niveau de L3-L4, avec ostéophytose antérieure au niveau de L3-L4, n'est que possible selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA. Compte tenu de l'absence de causalité, il n'y a évidemment pas de séquelles, donc pas d'AIC ». 9. Par décision du 28 juillet 2016, l'assureur a fait sienne l'appréciation du Dr E_____ et dénié à l'assuré toute prestation, au motif qu'un lien de causalité naturelle entre l'affection décelée le 22 juillet 2015 et l'accident n'était pas établi. 10. L'assuré s'y est opposé le 29 juillet 2016 : il n'avait jamais souffert du dos, des vertèbres et de la colonne lombaire avant le violent accident de la circulation intervenu en mai 2011. En raison de fortes douleurs dorsales, survenues immédiatement après celui-ci, il s'était adressé en 2011 à un physiothérapeute et à un ostéopathe. Des douleurs persistantes l'avaient conduit à retourner chez l'ostéopathe en 2014, puis à solliciter un scanner en 2015, lequel avait mis en exergue plusieurs atteintes lombaires. Ces lésions ne pouvaient s'expliquer autrement que par l'accident, de sorte qu'il invitait l'assureur à admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle et à lui accorder une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 11. Par décision du 19 octobre 2016, l'assureur a rejeté l'opposition. Examinées à l'aune de la jurisprudence, les circonstances de l'accident ne paraissaient pas propres à provoquer une hernie discale. D'intensité modérée, l'accident n'avait pas provoqué d'incapacité de travail et la hernie n'était apparue que tardivement. En conséquence, une relation de causalité naturelle entre cette hernie et l'accident n'était pas établie. 12. Par acte du 21 novembre 2016, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une audience de comparution personnelle et d'une expertise médicale, principalement à l'annulation de la décision du 19 octobre 2016 et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 10%. Le médecin-conseil de l'intimée s'était mépris sur la date de son examen du rachis lombaire, intervenu quatre ans après l'accident de 2011 et non cinq. Par ailleurs, il avait souffert de douleurs immédiatement après cet accident. Il convenait de diligenter une expertise indépendante afin de déterminer si son accident était à l'origine des lésions dorsales mises en évidence par la tomodensitométrie de 2015, conformément aux principes jurisprudentiels applicables en matière de hernie discale. 13. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 19 décembre 2016, a conclu au rejet du recours. Après l'accident, l'assuré n'avait pas consulté de médecin mais un physiothérapeute. En outre, il n'avait transmis sa déclaration de sinistre que neuf jours après l'accident, soit tardivement, et sans entreprendre de démarche pour faire constater les lésions dont il entendait se prévaloir. Par ailleurs, il ressortait du constat amiable dressé par l'assuré et l'autre automobiliste qu'aucun blessé n'avait été déclaré, de sorte que l'accident ne paraissait pas avoir été suffisamment violent pour déclencher une hernie discale. Enfin, le recourant ne produisait aucun rapport susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr E_____. C'était, partant, à bon droit qu'elle avait nié tout lien de causalité naturelle entre la hernie discale diagnostiquée en 2015 et l'accident survenu en 2011. 14. Le recourant a répliqué le 16 janvier 2017. S'il n'avait pas consulté un médecin après l'accident, c'était parce que des séances de physiothérapie et d'ostéopathie lui paraissaient plus appropriées. L'intimée, qui lui avait remboursé ses factures sans réserve, n'était pas fondée à lui reprocher une violation de son devoir d'annonce. Par ailleurs, l'avis du Dr E_____ n'était pas probant, car ce médecin était lié à l'assureur, ne l'avait pas examiné personnellement et s'était mépris sur la date de son scanner du rachis. Sa hernie discale avait été déclenchée par l'accident et il incombait à l'intimée de la prendre en charge.

15. L'intimée a dupliqué le 1^{er} mars 2017, persistant dans ses conclusions en rejet du recours. Que le Dr E_____ se soit prononcé sur la base d'un examen radiologique sans examiner personnellement le recourant ne remettait pas en cause son appréciation. Par ailleurs, en tant qu'il affirmait n'avoir souffert d'aucune douleur avant l'accident, le recourant fondait son raisonnement sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc », impropre à établir l'existence d'un lien de causalité. Enfin, en s'abstenant de consulter un médecin, l'assuré avait empêché la constatation d'éventuelles atteintes provoquées par l'accident et, partant, enfreint ses obligations vis-à-vis de l'assureur.

16. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 10 mai 2017. À cette occasion, les parties se sont exprimées comme suit :

« Le recourant : Je confirme que l'événement annoncé à mon assurance en 2011 a été pris en charge. Je vous ai communiqué en annexe à mon courrier du 9 mars 2017 un courrier de [l'intimée] du 20 mai 2014 prenant en charge une facture de CHF 220.-. Il s'agit de séances d'ostéopathie dispensées en 2014 (pièce 7 de mon chargé). Le représentant de l'intimée : Je précise que l'événement annoncé par notre assuré était un cas bagatelle, sans incapacité de travail. Dans les cas de ce genre, comme cela résulte d'ailleurs du courrier du 20 mai 2014, les assureurs prennent en charge, à bien plaisir, de petites factures afin de limiter les investigations au maximum. Le recourant : Étant donné qu'il n'y avait pas d'amélioration quant aux douleurs, il a été effectué une tomodensitométrie le 22 juillet 2015. J'ai donc consulté le Dr F_____, à la demande de [l'intimée]. J'avais en effet signalé à l'assureur qu'il n'y avait pas d'amélioration et que je pensais que je devais effectuer un scanner. Il est exact que je n'ai pas eu d'incapacité de travail. En tant qu'avocat indépendant, j'ai toujours continué à travailler. Cela n'affecte pas mes capacités intellectuelles. Je n'ai pas eu de coup du lapin parce que j'ai un appui-tête mais j'ai immédiatement senti des douleurs dorsales. J'ai toujours fait beaucoup de sport. Je n'ai jamais senti la moindre douleur au dos. Je ne sais pas à quoi d'autre rattacher cette hernie. Je n'ai jamais eu de hernie discale auparavant. Cela n'a jamais été diagnostiqué. Je vois des médecins. Je m'occupe de ma santé. Il est exact que sur la déclaration d'accident j'ai mentionné également les cervicales, des maux de tête et le coup du lapin mais c'est la partie dorsale qui a été plutôt atteinte. Sur le moment, j'ai effectivement eu des maux de tête mais cela n'a pas duré. Je n'ai pas de maux de tête. Il n'y a pas eu d'autre événement depuis l'accident de 2011. J'ai pris connaissance de l'avis du médecin-conseil [de l'intimée]. Il me semble que l'avis d'un expert devrait être requis. Le médecin-conseil dit que c'est seulement possible. Le représentant de l'intimée : S'agissant de l'imagerie, elle conclut qu'on est à la limite de la hernie. En outre il n'y a pas d'atteinte radiculaire selon le scan. Il conviendrait aussi de savoir si quelques mois avant l'accident, l'assuré aurait déjà subi un examen médical avec une imagerie lombaire. Le recourant : Je n'ai jamais subi d'examen radiologique ou autre avant l'accident. Je n'ai fait que des check up. Sur question [de l'intimée], j'ai demandé la renonciation à la prescription du tiers responsable. L'HELVETIA ne m'a pas indemnisé. Il n'y a jamais eu d'appréciation médicale du médecin-conseil d'HELVETIA à ma connaissance. HELVETIA n'a pris en charge aucun frais médicaux, à ma connaissance. Le représentant de l'intimée : Sur question de la Cour, il n'y a pas de règlement sur le plan des prestations entre [l'intimée] et HELVETIA. Le recourant : Les douleurs irradient dans la jambe gauche, surtout lorsque je suis assis. Le représentant de l'intimée : Dans les cas de ce genre, le facteur temporel est essentiel. Plus le temps passe plus il est difficile de rattacher les troubles actuels à l'événement vieux de plusieurs années. Je me réfère à un ATF dans la cause OPPLIGER c/ AXA dans un cas similaire. On ne peut pas reprocher à un assureur-accidents de ne pas

avoir pris l'assuré par la main pour lui dire d'aller consulter un médecin. Je précise encore que le Dr E_____ est un médecin spécifié SIM. Le recourant : Je voudrais également me référer à un arrêt 8C_1003/2010 . Dans ce cas, la causalité a été admise. Je persiste dans mes conclusions ». 17. À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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).!

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable.!

Par ailleurs, au 1 er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'accident est antérieur à cette date, le droit du recourant à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).!

4. Est litigieux le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en relation avec les atteintes lombaires mises en évidence par la tomodynamométrie du 22 juillet 2015, singulièrement le point de savoir si ces atteintes sont en lien de causalité avec l'accident du 11 mai 2011.!

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).!

a. 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).!

b. L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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).

c. 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. d. 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 (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3). e. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, en outre, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/5b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 7. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine* ; cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 80 p. 865). 9. À teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3). Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (al. 4). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus fine de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Selon la table d'indemnisation 7 de la SUVA, intitulée « atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale », une hernie discale prouvée, y compris une ostéochondrose, un syndrome épaule-main, une sciatique radiculaire et un syndrome de la queue de cheval, donne lieu à une indemnité comprise entre 5 et 50% suivant l'ampleur des douleurs et des limitations fonctionnelles. Les tables d'indemnisation de la SUVA n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). 10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À

cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

11. 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).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/588/2013 du 11 juin 2013).

12. Se fondant sur l'avis du Dr E_____, l'intimée a retenu dans la décision attaquée que les lésions apparaissant sur la tomodensitométrie lombaire du 22 juillet 2015 étaient sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 11 mai 2011. En conséquence, elle a dénié à l'assuré le droit à toute prestation LAA, singulièrement à la prise en charge du traitement

médical prodigué dès 2015.!

Le recourant argue pour sa part qu'il souffre d'une hernie discale en relation de causalité avec l'accident de 2011, de sorte que l'intimée doit en prendre en charge toutes les suites et notamment l'indemniser pour son atteinte à l'intégrité. 13. À titre liminaire, la chambre de céans relève que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il soutient que l'accident du 11 mai 2011 est nécessairement à l'origine de ses troubles dorsaux, dès lors qu'il n'a jamais souffert de tels problèmes antérieurement. Comme l'a fait remarquer l'intimée, ce raisonnement repose sur l'adage post hoc, ergo propter hoc, lequel est impropre, selon la jurisprudence, à démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).!

Par ailleurs et contrairement à ce que laisse entendre l'intimée, la déclaration de sinistre ne saurait être qualifiée de tardive pour le motif qu'elle lui aurait été communiquée par le recourant neuf jours après son accident de la circulation. En effet, il résulte de la lettre claire de l'art. 46 al. 2 LAA que ce n'est que lorsque l'assureur n'a pas été avisé dans les trois mois d'un accident qu'il peut réduire de moitié ses prestations. 14. Cela étant, la chambre de céans constate que les pièces médicales versées au dossier ne lui permettent pas de trancher le litige, ceci pour les motifs suivants :!

Dans son rapport du 22 juillet 2015, le Dr D_____ fait état de divers troubles lombaires - protrusion discale L5-S1 à la limite de la hernie médiane ; herniations intra-spongieuses des plateaux vertébraux de L3-L4 et spondylose lombaire antérieure -, sans se prononcer sur la question déterminante de leur origine traumatique ou dégénérative. Quant au médecin-conseil de l'intimée, le Dr E_____, il a rendu un rapport particulièrement succinct le 6 juillet 2016, stipulant que « la mise en évidence de protrusion discale et d'herniations intra-spongieuses au niveau de L3-L4, avec ostéophytose antérieure au niveau de L3-L4, n'est que possible selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA. Compte tenu de l'absence de causalité. Il n'y a évidemment pas de séquelles, donc pas d'AIC ». Ce rapport ne satisfait pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux : outre le fait qu'il ne contient pas d'anamnèse et ne se prononce pas de manière intelligible sur l'origine des atteintes lombaires mises en évidence par le Dr G_____, sa conclusion selon laquelle ces atteintes seraient sans lien de causalité avec l'accident n'est pas motivée. On peut certes supposer que le Dr E_____ considère les atteintes énoncées comme étant d'origine purement dégénérative, mais force est de constater qu'il ne fournit pas le moindre argument en ce sens. Au vu de ces éléments, l'avis du Dr E_____ ne suffit pas à exclure l'origine accidentelle des lésions. Par ailleurs, on regrette que l'intimée n'ait pas jugé opportun d'interroger les médecins du recourant sur la présence d'éventuels troubles dégénératifs antérieurs à l'accident. En outre, on ignore si l'intéressé, qui se plaint de douleurs irradiant dans la jambe gauche, a présenté un syndrome radiculaire immédiatement après l'accident. Pour le reste, il est vrai que le recourant n'a pas souffert d'une incapacité de travail directement après l'accident et que cela plaide, selon la jurisprudence, en défaveur d'un lien de causalité naturelle. À elle seule, cette circonstance ne saurait toutefois revêtir une portée décisive, dès lors que le recourant travaille comme avocat, profession ne nécessitant pas d'efforts physiques. En définitive, faute d'appréciation médicale dûment motivée, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre les atteintes lombaires mises en évidence par la tomodensitométrie et l'accident du 11 mai 2011. Partant, le recours est partiellement admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'intimée, à charge pour celle-ci de mettre en œuvre une expertise visant à déterminer si les atteintes lombaires sont en lien de causalité naturelle avec l'accident, puis de rendre une nouvelle décision portant

sur le droit aux prestations LAA, plus particulièrement à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 15. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à une indemnité de dépens. La partie qui obtient gain de cause et qui n'est pas représentée par un avocat ou une autre personne qualifiée n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens. Pour que l'on puisse admettre une telle exception, il faut notamment que l'affaire soit complexe, qu'elle porte sur un objet litigieux élevé, que la sauvegarde des intérêts de l'intéressé ait nécessité une grande dépense de temps, qui dépasse la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui, et que le rapport entre le temps consacré et le résultat de cette sauvegarde soit proportionné (ATF 110 V 132 consid. 4d, in RCC 1984 p. 278 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 10/99 du 11 décembre 2001 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 42/98 du 10 décembre 1999 consid. 5, in VSI 2000 p. 337). En l'espèce, le recourant ne remplit pas les conditions exceptionnelles dans lesquelles des dépens peuvent être alloués à une partie non représentée. En effet, la cause ne présente pas une complexité particulière, ne porte pas sur une valeur litigieuse élevée et ne l'a de toute évidence pas contraint à fournir un travail excédant la mesure de ce que l'on peut raisonnablement exiger d'un particulier. 16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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