

## GE\_GERICHTE A/4020/2011 vom 27. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4020\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4020_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/4020/2011 du 27 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE A/4020/2011 del 27 giugno 2013

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur M \_\_\_\_\_, domicilié à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel recourant contre NATIONALE SUISSE ASSURANCE, sise Wuhrmattstrasse 19, BOTTMINGEN intimée EN FAIT 1. Monsieur M \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1968, est assuré en sa qualité de technicien employé par l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA auprès de la compagnie d'assurance LA NATIONALE SUISSE SA (ci-après : l'assureur) contre le risque d'accident.![endif]>![if> 2. Le 9 septembre 2009, l'assureur a reçu une déclaration d'accident remplie par l'employeur de l'assuré annonçant que ce dernier avait été victime d'un sinistre survenu le 27 août 2009 décrit comme suit : l'assuré était arrêté à un cédez-le-passage, sur son scooter ; une conductrice n'a pas respecté la signalisation ; elle a heurté l'assuré « qui est tombé violemment de son scooter en heurtant sa tête ».![endif]>![if> 3. Le 30 août 2009, l'assuré a consulté le Dr A \_\_\_\_\_.![endif]>![if> 4. Interrogés par l'assureur, les services de police ont répondu qu'aucun rapport n'avait été établi, le cas ayant fait l'objet d'un arrangement entre parties.![endif]>![if> 5. En effet, un constat amiable a été rempli par les protagonistes le jour de l'accident, dont il ressort que le scooter de l'assuré a été endommagé au niveau du phare arrière et du support de plaque.![endif]>![if> 6. Le 14 septembre 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ a établi un certificat médical attestant que l'assuré souffrait de douleurs cervicales irradiant dans l'épaule gauche. L'accident a été décrit comme suit : "A l'arrêt sur son scooter, s'est fait percuter par l'arrière". Le diagnostic provisoire a été celui de coup du lapin, sans qu'il soit fait mention d'aucune incapacité de travail.![endif]>![if> 7. Le médecin a produit une fiche documentaire pour première consultation décrivant l'accident comme suit : "Alors qu'il était à l'arrêt pour laisser passer un piéton, sur son scooter, s'est fait heurter par l'arrière par un véhicule". Il est expressément mentionné qu'il n'y a pas eu choc à la tête et que l'assuré a pu poursuivre sa route au volant du véhicule accidenté. L'atteinte a été qualifiée de degré I (sur une échelle allant de 0 à IV).![endif]>![if> 8. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 23 février 2010 a montré une dégénérescence discale C3-C4 avec discarthrose C5-C6, une hernie discale C5-C6 de faible épaisseur, appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et en contact avec les racines C6 et une arthrose des masses latérales en C5-C6 et C6-C7, sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires.![endif]>![if> 9. Le 3 mars 2010, le Dr B \_\_\_\_\_ a établi un certificat dans lequel il relate que l'assuré se plaint de dorso-cervicalgies et d'un état migraineux après un effort prolongé. Objectivement, le médecin a observé une contracture para-vertébrale et cervicale et a fait état d'une incapacité de travail de 100% du 28 août au 15 septembre 2009, puis de 50% à compter du 16 septembre 2009.![endif]>![if> 10. L'assurance a alors soumis le dossier à son médecin-conseil orthopédiste, le Dr C \_\_\_\_\_, qui, le 18 mars 2010, a émis l'avis que, vu l'absence de lésion, le statu quo

devait être admis à six mois, date correspondant à celle de l'IRM. Le médecin a relevé l'existence d'un état dégénératif préexistant. 11. Par courrier du 25 mars 2010, l'assuré, par le biais de son conseil, a réclamé à l'assureur le versement d'indemnités perte de gain. 12. Le 14 juin 2010, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail à 50% qu'il a justifiée par des douleurs cervicales, des céphalées et des troubles de la concentration. 13. Par décision du 7 septembre 2010, l'assureur a nié à l'assuré le droit à des indemnités journalières au motif que l'incapacité de travail, attestée rétroactivement plusieurs mois après l'accident, n'avait pas été établie au degré de vraisemblance prépondérante requis. Dans la même décision, l'assureur a accepté de prendre en charge le traitement médical jusqu'au 23 février 2010, date à laquelle il a considéré que le statu quo avait été atteint. 14. L'assuré s'est opposé à cette décision le 8 octobre 2010 en alléguant être tombé sur la tête après avoir été percuté par le véhicule qui le suivait. Il a fait valoir qu'un lien de causalité devait être admis au-delà du 23 février 2010. 15. Interrogé par l'assureur, le Dr B \_\_\_\_\_ a affirmé en date du 29 octobre 2010 avoir constaté l'incapacité de travail le 16 septembre 2009 déjà, une consultation ayant eu lieu le jour même. 16. Interrogée à son tour, la conductrice du véhicule ayant heurté celui de l'assuré a répondu le 25 octobre 2010 que ce dernier n'avait jamais chuté de son deux-roues. 17. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au Dr C \_\_\_\_\_ qui, le 14 avril 2011, a émis l'avis qu'aucune des lésions objectivables (trouble dégénératif pluri-étagé, discarthrose C5-C6, hernie discale C5-C6) n'était en lien de causalité probable avec l'accident. Il a expliqué que le mécanisme de celui-ci n'était pas propre à engendrer de tels troubles, même si la tête de l'assuré avait, comme il l'alléguait, heurté le sol au moment de l'accident. 18. Par courrier du 21 juin 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a décrit une nouvelle fois l'accident. Selon cette version des faits, il se trouvait « à scooter à un rond-point, en train de freiner pour s'arrêter (lorsqu'il) a été percuté à l'arrière par un véhicule arrivant à 40 km/h et n'ayant pas respecté la signalisation. » L'assuré soutient que suite au choc, il aurait « été éjecté de son véhicule, lequel a continué à avancer sur une courte distance, puis, afin d'éviter un véhicule venant en sens inverse (...), d'un geste acrobatique et avec la force qui était la sienne, (il) est parvenu à enfourcher son véhicule avant de repartir de côté ». L'assuré a admis ne pas être tombé de son scooter mais selon lui, les acrobaties décrites seraient de nature à causer un coup du lapin dont les conséquences persisteraient encore. 19. Interrogée une nouvelle fois, la conductrice du véhicule ayant heurté celui de l'assuré a répondu le 21 juillet 2011 qu'elle avait percuté le véhicule de l'assuré à une vitesse d'environ 25 km/h. Elle a contesté que le scooter de l'intéressé ait été propulsé vers l'avant suite au choc. 20. L'assuré a quant à lui contesté la vitesse indiquée. En revanche, il a admis ne pas avoir été « propulsé » en avant, mais simplement « poussé ». 21. Par décision du 26 octobre 2011, l'assureur a rejeté l'opposition. L'assureur a souligné que l'assuré avait tenté à plusieurs reprises d'exagérer la gravité de l'accident subi. Au vu des circonstances vraisemblables de l'accident - à savoir que l'assuré s'est fait emboutir par un véhicule circulant à faible vitesse -, l'assurance a considéré que celui-ci devait être qualifié de peu de gravité, et que, par conséquent, l'existence d'un lien de causalité adéquate avec d'éventuelles lésions non objectivables de type coup du lapin devait être d'emblée niée. En conclusion, l'assurance a considéré avoir commis une erreur en prenant en charge les frais de traitements dont elle a toutefois renoncé à réclamer la restitution. 22. Par écriture du 28 novembre 2011, l'assuré a interjeté recours en concluant à ce que soit mise sur pied une expertise orthopédique et,

quant au fond, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières de 100% pour la période du 28 août 2009 au 15 septembre 2009, de 50% à compter du 16 septembre 2008 (recte : 2009), et à prendre en charge les traitements et soins médicaux liés à l'événement.!

Le recourant allègue qu'il effectuait une manœuvre de freinage lorsqu'il a été percuté par l'arrière et propulsé de son véhicule, qui a continué à avancer sur une courte distance. L'assuré, afin d'éviter un véhicule venant en sens inverse, serait parvenu à enfourcher son deux-roues avant de repartir de côté. Le recourant explique les différences constatées entre les diverses versions données de l'événement par le fait que son employeur aurait transcrit de façon erronée les circonstances de l'accident. Le recourant rappelle que l'existence d'un état dégénératif antérieur n'exclut pas celle d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante. Il reproche au Dr C\_\_\_\_\_ et à l'intimée de minimiser ses lésions. 23. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 3 février 2012, a conclu au rejet du recours.!

L'intimée relève que l'allégation selon laquelle l'employeur aurait mal transcrit les circonstances de l'accident est mise à mal par le fait que l'assuré travaille seul dans l'entreprise dont il est l'unique administrateur. Elle souligne qu'en l'espèce, c'est un traumatisme d'accélération crânio-cervicale (TCC) de type I – soit le moins grave – qui a été retenu. Seules des douleurs subjectives ont été décrites, mais aucun signe somatique n'a été observé. Le diagnostic repose intégralement sur les allégations du recourant. L'intimée soutient par ailleurs que l'existence d'une causalité adéquate doit être niée et que même si tel ne devait pas être le cas, le lien de causalité naturelle a été rompu six mois après l'accident au plus tard, date à laquelle le statu quo a été atteint. 24. Par écriture du 5 mars 2012, le recourant a persisté à demander la mise en œuvre d'une expertise orthopédique.!

25. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 19 avril 2012, au cours de laquelle a été entendu le Dr D\_\_\_\_\_.!

Ce dernier a indiqué avoir reçu l'assuré en consultation pour la première fois le 12 mai 2010, pour des cervicobrachialgies droites et des maux de tête dans la région occipitale, dont il lui a indiqué qu'ils étaient apparus suite à un accident survenu fin 2009. C'est sur la base de l'anamnèse – et notamment du mouvement de pulsion-rétropulsion décrit – que le témoin a retenu le diagnostic d'entorse cervicale. L'assuré lui a dit avoir été heurté par l'arrière alors qu'il était à scooter, ce qui avait entraîné sa chute. A l'examen clinique, le témoin a constaté un gros syndrome cervical droit (C5- C6). Une IRM pratiquée le 23 février 2010 a montré une hernie discale à ce niveau, associée à des lésions dégénératives en C5-C6 et C6-C7. Selon le témoin, il est évident que ces lésions n'ont pu être causées par l'accident. Il estime cependant, au vu de l'anamnèse, de l'examen et du fait que l'assuré n'a pas suivi de traitement médical précédemment que ces lésions préexistantes ont été décompensées par l'événement. Le témoin a confirmé que la « Task Force » considère que, de manière générale, les conséquences d'un trouble d'accélération de type I tel que celui dont il est question en l'occurrence, disparaissent après un délai de six mois au maximum, étant précisé que ces études ne font pas la distinction selon qu'il existe ou non des lésions préexistantes. Le témoin a admis que, dans une activité parfaitement adaptée, c'est-à-dire permettant l'alternance des positions et n'impliquant ni port de charge, ni travail sur écran durant des heures, l'assuré dispose d'une capacité théorique de travail de 100%. 26. Entendue à son tour le 14 juin 2012, Madame N\_\_\_\_\_, conductrice du véhicule ayant heurté le recourant a expliqué qu'elle arrivait au rond-point. Devant elle se trouvait le scooter, qui venait de la même direction. Elle a cru qu'il était déjà engagé sur le rond-point et qu'il allait s'éloigner, ce qui n'a pas été le cas, raison pour laquelle elle a heurté son

pare-chocs. Elle devait alors rouler à 30-40 km/h. Le témoin a indiqué qu'à son souvenir, le recourant n'était pas tombé mais avait simplement mis un pied à terre. Le témoin a indiqué que, sous le choc, le scooter avait été poussé sur quelques mètres. Le recourant a ensuite fait des mouvements comme s'il avait mal au dos, mais ne paraissait pas choqué. Le scooter n'était pas véritablement endommagé. Le témoin a démenti l'allégation du recourant selon laquelle son permis lui aurait été retiré. Le recourant a pour sa part affirmé que le choc l'avait « fait littéralement décoller ». Il a affirmé avoir ressenti des douleurs dorsales mais être néanmoins reparti en scooter. Madame N\_\_\_\_\_ a quant à elle affirmé ne pas se souvenir d'avoir vu le recourant « s'envoler ». Le recourant a allégué avoir remplis la déclaration d'accident avec sa fiduciaire. Interrogé sur le fait qu'il est mentionné dans cette déclaration qu'il serait tombé « violemment » et se serait heurté la tête, le recourant a répondu ne pas avoir d'explication à cette allégation si ce n'est qu'il s'agit d'une « erreur malheureuse » commise par sa fiduciaire. 27. Par écritures des 16 août et 6 septembre 2012, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

28. Entendue le 1<sup>er</sup> novembre 2012, à la demande du recourant, Madame O\_\_\_\_\_ – dont le recourant avait indiqué qu'elle était à l'origine de la déclaration de sinistre – a catégoriquement démenti avoir rédigé cette dernière.

29. Le 6 novembre 2012, Madame P\_\_\_\_\_, de la police, a indiqué que l'intervention du 27 août 2009 avait été décrite comme suit : "Sur place, les gendarmes ont constaté qu'un véhicule n'ayant pas respecté la distance avec le véhicule précédent avait heurté, par l'arrière, le scooter (...) dont M. M\_\_\_\_\_ est le détenteur. Le phare arrière et le porte-plaque du scooter de M. M\_\_\_\_\_ ont été endommagés".

30. Les parties, dans leurs écritures après enquêtes des 11 et 17 décembre 2012, ont persisté dans leurs conclusions respectives.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut se voir reconnaître droit aux prestations de l'assureur accident suite à l'événement du 27 août 2009.

6. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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). 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 naturelle avec cet accident. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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 n° U 142 p. 75, consid. 4b). c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références). 7. 8. a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 4.1). b) S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique

(ATF 117 V 359 consid. 5d/bb), avec quelques modifications, ces critères étant désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ; - l'intensité des douleurs (formulation modifiée) ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). En ce qui concerne ce dernier critère, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 p. 129 s.; ATF du 6 mars 2012 8C 305/2004). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). 8. 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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2). 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, si 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 (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). 9. En l'espèce, il convient d'abord de déterminer le degré de gravité de l'accident. On relèvera à cet égard que les allégations données par le recourant sont pour le moins douteuses. Ainsi, il a déclaré dans un premier temps être tombé de son scooter et avoir heurté le sol de la tête, version qu'il a continué de soutenir dans son opposition avant de reconnaître n'avoir pas chuté de son véhicule, mais en décrivant cette fois une série de

cabrioles - fort justement qualifiées d'in vraisemblables par l'intimée – avant d'admettre que son scooter n'avait finalement été que poussé par l'automobiliste arrivant derrière lui. Quoiqu'il en soit, il a pu être établi que le recourant n'a pas chuté, que sa tête n'a pas heurté le sol et que l'impact n'a pas été aussi important que l'intéressé le soutient puisqu'il n'a occasionné que peu de dommages et que l'assuré a pu repartir à son guidon. [endif]>![if> Dans ces circonstances, l'accident doit être qualifié de gravité moyenne, à la limite du peu de gravité. On ne saurait qualifier les circonstances concomitantes de particulièrement dramatiques ou l'accident de particulièrement impressionnant. Les lésions de l'assuré ne sont pas non plus graves ou particulières – au pire, il y a eu décompensation de lésions dégénératives somme toute assez banales. Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical et il n'est pas allégué que les douleurs seraient intenses – étant rappelé qu'il est question ici d'un TCC de type I – soit le moins grave. Il n'y a pas non plus eu de complications importantes. Enfin, il est vrai que l'on peut légitimement douter du sérieux des efforts de l'assuré pour retrouver sa pleine capacité de travail, puisque le Dr D \_\_\_\_\_ a admis que le recourant, disposerait d'une pleine capacité de travail, dans une activité parfaitement adaptée, c'est-à-dire permettant l'alternance des positions et n'impliquant ni port de charge, ni travail sur écran durant des heures. Il ressort de ces considérations que le lien de causalité adéquate doit être nié en l'occurrence. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a nié au recourant le droit aux prestations. Le recours est donc rejeté. Quant à l'amende pour téméraire plaideur, la Cour de céans y renonce, dans la mesure où elle n'a pas pour objectif de sanctionner les libertés prises avec la vérité par un justiciable. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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