

GE_GERICHTE A/4391/2015 vom 1. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4391_2015

FR: GE_GERICHTE A/4391/2015 du 1 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/4391/2015 del 1 novembre 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié c/o Monsieur B _____ à GENÈVE recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCENRE intimée EN FAIT 1.

Monsieur A _____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1983, a travaillé en qualité de vendeur par téléphone avant de bénéficier d'indemnités de l'assurance-chômage, à compter du 14 février 2014. À ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA).!
2. Le 4 février 2015, l'assuré a glissé et chuté dans sa douche (cf. déclaration de sinistre du 17 février 2015).!
3. Le lendemain, il a consulté le docteur C _____, médecin praticien auprès du Centre médico-chirurgical de Chantepoulet, lequel a attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'au 15 février 2015, incapacité prolongée jusqu'au 25 février, puis 15 mars 2015 (cf. certificats médicaux du Dr C _____ des 5, 16 et 25 février 2015).!
4. La SUVA a alloué à l'assuré des prestations d'assurance pour les suites de son accident, en lui versant notamment des indemnités journalières à compter du

E. 7

février 2015 (cf. courrier de la SUVA du 16 juin 2015).!
5. Par rapport du 13 mars 2015, le Dr C _____ a diagnostiqué un traumatisme cranio-cervico-dorso-lombaire, sans fracture. L'assuré signalait des maux de tête, ainsi que des douleurs cervicales, dorsales et lombaires. Il était difficile de mesurer les plaintes sans lésion osseuse sous-jacente. Le traitement consistait en une mise au repos, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et des massages. L'incapacité de travail était totale du 5 février au 15 mars 2015.!
6. Le 13 mars 2015, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) dorso-lombaire a révélé une discarthrose en D6-D7 avec une petite hernie discale paramédiane droite sans signe de conflit, une discopathie en D11-D12 avec une petite protrusion latéralisée à gauche sans signe de conflit, ainsi que des discopathies en C5-C6 et C6-C7 avec deux petites hernies latéralisées à droite. !
7. Répondant à un questionnaire de la SUVA, l'assuré a indiqué le 26 mars 2015 qu'il avait glissé dans sa baignoire le soir du 4 février 2015 et qu'il s'était rendu aux urgences, où on lui avait recommandé de revenir le lendemain. !
8. Le 1^{er} avril 2015, le docteur D _____, médecin praticien auprès du Centre médico-chirurgical de Chantepoulet, a attesté d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} avril 2015 (sic). !
9. À partir du 13 avril 2015, ce médecin a certifié d'une incapacité de travail totale, laquelle a été régulièrement renouvelée (cf. certificats médicaux des 13 avril, 27 mai, 1^{er} et 30 juin, 30 juillet, 3 septembre et 1^{er} octobre 2015). !
10. Parallèlement, le Dr D _____ a signé la feuille-accident LAA lors de ses consultations,

mentionnant que l'incapacité de travail était de 100% dès le 5 février 2015 et de 0% dès le 1^{er} avril 2015 (feuille-accident remplie les 15, 19, 26 et 28 mars, 9, 10, 13 et 29 avril, 19 et 27 mai, 26 juin, 30 juillet et 3 septembre 2015).![]>[] 11. Par rapport du 27 mai 2015, le Dr D_____ a relevé la bonne évolution des troubles et une tendance à la stabilité. Les consultations intervenaient à la demande de l'assuré et le traitement, dont la durée n'était pas prévisible, consistait en la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. Le pronostic était bon.![]>[] 12. Dans une appréciation du 15 juin 2015, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a estimé que l'incapacité de travail était justifiée pour les suites de l'accident jusqu'au 30 juin 2015, mais qu'une reprise de l'activité professionnelle pouvait être attendue dans l'activité habituelle dès le 1^{er} juillet 2015. Le médecin-conseil a conclu « à revoir si problème ».![]>[] 13. Par courrier du 15 juin 2015, la SUVA a indiqué à l'assuré que son médecin d'arrondissement le considérait apte à reprendre une activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} juillet 2015, de sorte que les indemnités journalières ne lui seraient allouées que jusqu'au 30 juin 2015.![]>[] 14. En date du 28 juillet 2015, l'assuré a contesté être apte à reprendre le travail, se référant à l'avis de son médecin-traitant. ![]>[] 15. Par décision du 6 août 2015, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2015.![]>[] 16. En date du 31 août 2015, l'assuré a formé opposition. Il a relevé qu'il présentait encore des douleurs au dos et à la nuque, que l'IRM du 13 mars 2015 avait mis en évidence de nombreuses discopathies et que son médecin-traitant l'avait adressé auprès d'un neurologue. ![]>[] 17. Dans une appréciation du 15 septembre 2015, le Dr E_____ a conclu, sur la base du rapport du Dr C_____ du 13 mars 2015 et du Dr D_____ du 27 mai 2015, que compte tenu de l'évolution favorable et de l'absence de lésion osseuse traumatique mise en évidence sur les radiographies, on pouvait s'attendre, cinq mois après le sinistre, soit dès le 1^{er} juillet 2015, à une reprise de l'activité professionnelle réalisée avant le chômage, à savoir celle de vendeur par téléphone. ![]>[] 18. Par rapport du 15 septembre 2015, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, à l'issue d'une IRM cervicale réalisée le jour même, que l'assuré présentait des dégénérescences discales avec une discarthrose C5-C6 et C6-C7, une protrusion discale ostéophyttaire C4-C5 de localisation paramédiane gauche en conflit modéré avec la racine C5 gauche, une uncarthrose en C3-C4 et C4-C5 sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires, une hernie discale ostéophyttaire C5-C6 de localisation médiane et paramédiane à prédominance droite en conflit avec la racine C6 droite associée à une uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires, une hernie discale ostéophyttaire C6-C7 de localisation médiane et paramédiane en contact modéré avec les racines C7 avec une uncarthrose rétrécissant les canaux radiculaires, et une légère compression du cordon médullaire dans sa partie antérieure en C5-C6 et C6-C7, mais de signal homogène sans signe de myélomalacie. ![]>[] 19. Par rapport du 16 septembre 2015, le Dr F_____ a constaté que l'IRM dorsale réalisée le jour même avait mis en évidence des dégénérescences discales D6-D7, D7-D8, D8-D9, une ostéophytose marginale gauche en D3-D4, une protrusion discale médiane en D6-D7 sans contrainte radiculaire, une hernie discale D7-D8 de faible épaisseur couverte partiellement par une ostéophytose appuyant sur la partie antérieure droite du cordon médullaire sans répercussion sur les racines, une hernie discale D11-D12 de localisation paramédiane gauche en contact modéré avec la racine D12, et une légère compression du cordon médullaire dans sa partie antérieure en D7-D8, mais de signal homogène sans signe de myélomalacie. ![]>[] 20. En date du 23 septembre 2015,

le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport et conclu que son examen neurologique de l'assuré réalisé la veille était normal, en dehors d'un syndrome vertébral algique. Il ne retenait pas de déficit moteur ou sensitif et les réflexes, bien que peu vifs, étaient toujours présents. Des douleurs axiales persistaient depuis plusieurs mois suite à une chute, mais il n'y avait pas d'élément pour une pathologie neurologique. Le Dr G_____ a en outre relevé que le rapport de l'IRM du 16 septembre 2015 montrait des troubles dégénératifs pluri-étagés avec deux hernies discales, ajoutant ne pas avoir vu les rapports des images « cervicales et lombaires ».[endif]>![if> 21. Dans une nouvelle appréciation du 28 octobre 2015, basée notamment sur les examens d'IRM et le rapport du Dr G_____, le Dr E_____ a considéré que le bilan clinique neurologique et l'IRM de l'ensemble du rachis n'avaient pas mis en évidence de lésion post-traumatique récente. Les hernies discales cervicales étaient de type dégénératif avec l'existence de lésions arthrosiques témoignant de leur ancienneté. Le 27 mai 2015, le médecin-traitant avait d'ailleurs noté que l'évolution était favorable. Partant, le médecin d'arrondissement a maintenu qu'on pouvait s'attendre à une reprise d'activité cinq mois après ce traumatisme simple.[endif]>![if> 22. Par décision sur opposition du 4 novembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 6 août 2015. Elle a relevé que son médecin d'arrondissement estimait qu'il pouvait reprendre l'activité professionnelle exercée avant le chômage dès le 1^{er} juillet 2015, que les hernies discales étaient de type dégénératif et que les lésions arthrosiques témoignaient de leur ancienneté.[endif]>![if> 23. En date du 3 décembre 2015, l'assuré s'est adressé à la SUVA pour contester ladite décision, soutenant que depuis son accident, il était incapable d'exercer tous les métiers, ce qui était attesté par son médecin-traitant.[endif]>![if> 24. Le 15 décembre 2015, la SUVA a transmis la correspondance de l'assuré à la chambre de céans, pour objet de sa compétence.[endif]>![if> 25. Par écriture du 15 février 2016, l'intimée a conclu au déboutement du recourant de toutes ses conclusions. Elle a maintenu que les troubles n'étaient plus en lieu de causalité avec le sinistre assuré au-delà du 30 juin 2015. En outre, l'existence d'une incapacité de travail postérieure à cette date ne pouvait être d'emblée admise, dès lors que les Drs D_____ et « H_____ » reconnaissaient le recourant capable de travailler dès le 1^{er} avril 2015. [endif]>![if> 26. Invité à se déterminer sur la position de l'intimée et à joindre toutes pièces utiles jusqu'au 15 mars 2016, le recourant ne s'est plus manifesté.[endif]>![if> 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).[endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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.[endif]>![if> 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). 3. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le délai est réputé observé lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à une autorité incompétente (art. 39 al. 2

LPGA).!endif]>![if> Ainsi, le recours interjeté par courrier expédié à l'intimée le 3 décembre 2015 contre la décision sur opposition du 4 novembre 2015 a été formé en temps utile. 4. En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.!endif]>![if> Cette règle découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi, le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. L'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 353 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 du 28 janvier 2003 consid. 2.2). Les conclusions et les motifs peuvent résulter implicitement du mémoire de recours. Toutefois, il faut pouvoir déduire de ce dernier, considéré dans son ensemble, à tout le moins ce que le recourant demande et quels sont les faits sur lesquels il se fonde. La motivation du recours doit être topique, en ce sens qu'il appartient au recourant de prendre position par rapport à la décision incriminée et d'expliquer en quoi et pourquoi il s'en prend à elle. Il n'est pas nécessaire que la motivation soit pertinente, mais elle doit se rapporter au litige en question (ATF 125 V 332 ; 113 IB 287 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 68/04 du 16 février 2005). En l'espèce, dans sa missive expédiée le 3 décembre 2015, le recourant déclare faire opposition à la décision du 4 novembre 2015. Il explique ne plus percevoir de « salaire » depuis six mois et « vivre de rien ». On en déduit donc qu'il requiert la modification de la décision sur opposition et sollicite que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières au-delà du 1^{er} juillet 2015. Il soutient être « en arrêt maladie à 100% », comme en atteste son médecin, et ajoute que son problème survenu lors de son accident l'empêche d'exercer n'importe quel métier. Il conteste ainsi l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée et s'estime toujours en incapacité totale de travailler en raison des suites de son accident du 4 février 2015, en dépit de l'utilisation des termes « arrêt maladie ». 5. Les exigences de forme sont dès lors remplies, de sorte que le recours est recevable.!endif]>![if> 6. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières à partir du 1^{er} juillet 2015, plus particulièrement sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a considéré que les troubles persistant après cette date n'étaient plus dus à l'accident du 4 février 2015.!endif]>![if> 7. 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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).!endif]>![if> 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 8. a. 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). 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.

b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de payer de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). 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) selon 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).

c. 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). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du

E. 11

avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002). 9. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). Une appréciation médicale,

respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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. À 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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). 11. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). 12. Conformément au principe inquisitoire, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).! [endif]>![if> 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 (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4). 13. En l'occurrence, il est rappelé que l'intimée a admis le lien de causalité entre l'accident du 4 février 2015 et la symptomatologie présentée par le recourant par la suite, mais estime, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, que la causalité a été rompue cinq mois après le sinistre et que l'incapacité de travail n'est plus justifiée à partir du 1 er juillet 2015.! [endif]>![if> 14. Il convient donc d'examiner si les appréciations du Dr E_____ permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le statu quo sine vel ante a été atteint le 1 er juillet 2015. ! [endif]>![if> Dans son succinct avis du 15 juin 2015, ce médecin a conclu que l'incapacité de travail était justifiée pour les suites de l'accident jusqu'au 30 juin 2015 uniquement et qu'une reprise de l'activité professionnelle pouvait être attendue dans l'activité habituelle dès le 1 er juillet 2015. Ce document ne comporte ni la description de l'événement accidentel, ni les plaintes du recourant, ni la moindre anamnèse. Cette appréciation du Dr E_____ est dépourvue de toute motivation et les documents qui lui ont été communiqués ne sont pas énumérés. Cet avis ne saurait donc se voir reconnaître une

quelconque valeur probante. S'agissant de son rapport du 15 septembre 2015, il ne satisfait pas non plus aux exigences jurisprudentielles pour emporter la conviction de la chambre de céans. Premièrement, les conclusions du médecin d'arrondissement - lequel n'a pas examiné le recourant - sont essentiellement basées sur une appréciation des rapports des Drs C_____ et D_____, documents qui ne contiennent toutefois pas suffisamment de constatations objectives et d'appréciations médicales. Deuxièmement, il appert que le Dr E_____ n'était pas en possession de toutes les pièces pertinentes puisqu'aucune référence n'est faite à l'IRM du

E. 13

mars 2015. Troisièmement, le délai fixant la reprise d'une activité professionnelle à cinq mois du sinistre est basé sur l'absence de lésion osseuse traumatique et sur le fait que l'un des médecins traitants avait signalé une évolution favorable, ce qui est manifestement insuffisant. Enfin, l'appréciation du 28 octobre 2015 du Dr E_____ prend certes en considération tous les rapports produits, mais elle ne contient pas d'anamnèse et ne décrit ni les plaintes ni les éventuelles limitations fonctionnelles du recourant. Le médecin d'arrondissement a notamment souligné que les hernies discales cervicales étaient d'origine dégénérative et que l'existence de lésions arthrosiques témoignait de leur ancienneté. S'il est exact que le rapport d'IRM du 13 mars 2015 signale une discarthrose en D6-D7 et que ceux concernant les IRM des 15 et 16 septembre 2015 font état de dégénérescences, de discarthrose et d'uncarthrose, rien dans la brève argumentation du médecin d'arrondissement ne justifie de s'écarter de la présomption jurisprudentielle 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. La détermination abstraite et dénuée de toute motivation du Dr E_____, laquelle ne correspond pas aux enseignements tirés de l'expérience médicale, ne saurait être suivie en l'état. 15. S'agissant des autres pièces du dossier, elles ne permettent pas non plus de statuer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'état de santé du recourant au-delà du 30 juin 2015. En particulier, les médecins traitants n'ont plus rendu de rapports médicaux, seuls des certificats relatifs à la capacité de travail ont été signés depuis lors. 16. En outre, il est surprenant de constater que les rapports suite aux IRM des 15 et

E. 16

septembre 2015 signalent bien plus de pathologies que le rapport rendu suite à l'IRM du 13 mars 2015, ce qui n'a pas été relevé par le médecin d'arrondissement. En effet, les dégénérescences discales en D7-D8 et D8-D9, l'ostéophytose en D3-D4, les hernies discales en D7-D8 et D11-D12, la protrusion discale ostéophyttaire en C4-C5, l'uncarthrose en C3-C4 et C4-C5 et les compressions du cordon médullaire en D7-D8, C5-C6 et C6-C7 n'ont pas été mentionnées dans le premier rapport. Il apparaît dès lors indispensable qu'un spécialiste examine le dossier d'imagerie, et non seulement les rapports s'y référant, afin de déterminer notamment si les troubles précités se sont développés après le 13 mars 2015, soit bien après le sinistre, ou si le rapport relatif à l'IRM du 13 mars 2015 est incomplet. En l'état, il n'est donc pas possible de déterminer si le recourant présente une atteinte dégénérative malade antérieure au sinistre, si cette dernière a été aggravée par l'accident et, cas échéant, à partir de quelle date le statu quo ante ou sine a été atteint. 17. C'est encore le lieu de relever que ni la déclaration de sinistre du 17 février 2015, ni les rapports des médecins traitants, ni enfin les explications du recourant livrées le 26 mars

2015 ne décrivent les circonstances exactes de l'accident. Enfin, il sera observé que l'antagonisme entre le taux de l'incapacité de travail mentionné dans les certificats signés par le Dr D_____ (100%) et celui noté par ce même médecin dans la feuille-accident (0%) ne permet pas de retenir, comme le fait l'intimée, que le recourant présentait une pleine capacité de travail à partir du 1^{er} avril 2015. Il s'agit manifestement d'une erreur dans l'un ou l'autre de ces documents, et il incombait à l'intimée d'interpeller le médecin traitant pour lever l'ambiguïté qui en découlait. 18. À défaut d'instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre une expertise du recourant, laquelle devra être confiée à un spécialiste reconnu. 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 4 novembre 2015 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 20. 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.