

## **GE\_GERICHTE A/4906/2007 vom 25. Juni 2008**

GE Cour de justice, 2008-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4906\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4906_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4906/2007 du 25 juin 2008

IT: GE\_GERICHTE A/4906/2007 del 25 giugno 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.06.2008  
A/4906/2007

A/4906/2007 ATAS/750/2008 du 25.06.2008 ( LAA ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4906/2007  
ATAS/750/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 5 du 25 juin 2008 En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à  
FERNEY-VOLTAIRE, FRANCE, représenté par le GROUPEMENT  
TRANSFRONTALIER, Service juridique recourant contre LA BALOISE COMPAGNIE  
D'ASSURANCES, sise Aeschengraben 21, BALE, comparant avec élection de domicile en  
l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_, a été  
engagé dès le 30 mai 2006 par l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA et assuré, à ce titre, pour le  
risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la BÂLOISE  
ASSURANCES (ci-après: l'assureur, puis l'intimée). Le 13 octobre 2006, au moment où il  
était sorti de son véhicule, après l'avoir stationné, celui-ci s'est mis en mouvement. La  
portière l'a alors heurté à hauteur de la nuque et l'a projeté par terre. Le 15 octobre 2006,  
l'assuré s'est rendu au Centre d'accueil et d'urgences de l'Hôpital cantonal universitaire de  
Genève (ci-après HUG). Selon l'avis de sortie établi à la même date par cet établissement, il  
a subi un traumatisme crânien, sans signe d'atteinte de l'encéphale. Il se plaignait de  
paresthésies au niveau des deux avant-bras. L'examen neurologique était dans la norme. Un  
CT-scan crânio-cérébral ne montrait pas de lésion et mettait en évidence un léger  
rétrécissement foraminaire entre C5 et C6. Une inflammation radiculaire ou une compression  
médullaire était suspectée, diagnostic qui était infirmé par le scanner. Le Dr A \_\_\_\_\_,  
chef de clinique dudit centre, a attesté enfin une incapacité de travail totale du 14 au 18  
octobre 2006. Le 19 octobre 2006, le Dr B \_\_\_\_\_, généraliste, a certifié une incapacité  
totale de travail dès cette date jusqu'au 22 octobre 2006, puis jusqu'au 9 décembre 2006.  
Dès cette date, l'incapacité de travail était de 50%, puis de 30% à partir du 5 février 2007.  
Selon le rapport médical du 12 février 2007 de la Dresse C \_\_\_\_\_, neurologue, le  
patient a présenté un traumatisme modéré, où il a ressenti sur l'instant une sensation de  
foudroiement. Dans les suites immédiates, il a eu une sensation de douleur et de parésies  
des membres supérieurs. Il persistait des paresthésies des quatre membres pouvant prendre  
un caractère douloureux. A l'examen clinique, les réflexes ostéo-tendineux étaient dans les  
limites de la normale. On constatait une discrète hypoesthésie et des phénomènes  
allodymiques. Il existait un petit déficit de la force musculaire. L'IRM montrait un  
rétrécissement canalaire cervical manifeste avec une moelle épinière très à l'étroit, plusieurs  
protrusions discales à l'étage cervical venant au contact de la région épидurale et faisant  
disparaître le liseret de sécurité. Il semblait y avoir également une modification de la  
courbure cervicale, pour laquelle le médecin se demandait s'il n'y a pas eu de phénomène  
d'entorse ou de sub-luxation. La symptomatologie s'expliquait très bien par le phénomène

de contusion médullaire sur un canal cervical étroit. De l'avis de cette praticienne, il devait persister un certain degré de compression qui devra probablement justifier à l'avenir une intervention chirurgicale de décompression, éventuellement associée à une stabilisation de la colonne. Le 18 avril 2007, l'assuré a été entendu par l'assureur. Dans ses plaintes, il a indiqué ce qui suit : « D'abord, j'ai été soumis à un traitement de Cortisone et de Tramal en raison des profondes douleurs que j'avais sur les bras. Le fait de les effleurer avec un linge ou de les passer sous l'eau, je ressentais comme des brûlures. Maintenant encore, j'ai mal au niveau de l'intérieur de la main. Cette douleur est constante. Elle varie en intensité en fonction des sollicitations. Cette douleur est identique aux deux avant-bras et aux deux mains. J'ai subi un IRM en novembre 2006 à l'Hôpital de la Tour et j'ai vu un neurologue à Saint-Julien en février 2007 puis un neurochirurgien, Dr. D\_\_\_\_\_ il y a deux à trois semaines. Ce dernier préconise une intervention chirurgicale au niveau de la colonne cervicale. Les douleurs que je ressens actuellement se déplacent jusqu'au trapèze, ainsi que dans la nuque. J'ai les bras lourds. La conduite d'un véhicule est délicate. Les vibrations m'irritent aussi. Je ne peux pas tenir quelque chose de lourd. J'ai perdu la force ».

S'agissant de son activité professionnelle, il a fourni les indications suivantes : « Je travaille essentiellement à l'ordinateur. La frappe entraîne une augmentation des douleurs après une heure environ. Je module mon activité selon ces dernières et le volume d'activité à réaliser. Les 30% d'incapacité correspondent essentiellement à une baisse de rendement dû aux pauses et arrêts que je dois faire pour supporter l'activité. » L'assuré prenait par ailleurs des antalgiques et faisait encore de la physiothérapie, principalement pour détendre. Il a constaté une amélioration de son état. Selon le rapport du 3 mai 2007 du Dr B\_\_\_\_\_, généraliste, l'assuré a présenté un traumatisme crânio-facial et une paresthésie des membres supérieurs sur canal étroit, lequel est sans rapport avec l'accident. Une consultation spécialisée auprès d'un neurochirurgien était prévue. Le 7 mai 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une contusion médullaire post-traumatique et un canal cervical étroit. La symptomatologie s'améliorait avec la persistance de parésie. Il estimait qu'une décompression chirurgicale sera nécessaire. A titre de circonstance sans rapport avec l'accident, il a cité un canal cervical étroit préexistant à l'accident, tout en relevant que « la symptomatologie vient nettement de l'accident ». La capacité de travail était de 70% et un dommage permanent était à craindre après une contusion médullaire. Aucune intervention n'était prévue par ses soins. Après avoir donné à l'assuré le choix entre deux experts et de lui avoir soumis la liste des questions, l'assureur a mandaté le Dr E\_\_\_\_\_, neurologue, pour une expertise médicale. Dans son rapport du 2 août 2007, l'expert a posé le diagnostic de syndrome médullaire aigu traumatique sur canal étroit secondairement rétréci (cervicarthrose étagée). En ce qui concerne la causalité naturelle, il a déclaré ce qui suit : "

5.2 Le tableau clinique est grandement influencé par la coexistence d'un canal rachidien rétréci au niveau cervical, sous forme d'une arthrose pluriétagée en regard de C5-C6 et C6-C7. Ce rétrécissement canalaire, à la faveur du traumatisme, est en partie responsable de la myélopathie aiguë, cette comorbidité est indissociable à la myélopathie aiguë et fait partie intégrante du tableau clinique, il est donc difficile pour moi de définir en pourcentage le degré d'influence de la seule cervicarthrose. 5.3 L'accident du 13.10.06 a clairement décompensé un état antérieur, toutefois en l'absence de plaintes le canal cervical secondairement rétréci par la cervicarthrose est asymptotique jusqu'au moment de l'accident. La décompensation au plan moteur est à présent complètement résolue, en revanche des douleurs neuropathiques résiduelles persistent (douleurs spontanées type brûlures, altération des sensibilités thermique et tactile, et allodynies qui sont des douleurs

provoquées par des stimulations normalement non douloureuses)." La capacité de travail était de 70% depuis février 2007. L'entrave était liée aux brachialgies et, selon l'expert, "Un traitement plus efficace des douleurs neuropathiques influencerait certes sa capacité de travail". Quant au traitement médical, il a relevé que les antalgiques utilisés jusqu'à présent n'avaient eu que peu d'effet. Il préconisait l'utilisation d'autres médicaments et l'essai de l'acupuncture. S'agissant d'une intervention neurochirurgicale à visée décompressive pour prévenir toute aggravation de la myélopathie cervicale, il a indiqué que ce type de traitement n'aura probablement que peu d'effet sur la symptomatologie sensitive résiduelle, tout en considérant ce qui suit : "Le patient poursuivant son activité, il est légitime d'envisager les autres possibilités de traitement du syndrome douloureux chronique et d'envisager sérieusement une intervention neurochirurgicale à visée décompressive afin de prévenir toute aggravation de la myélopathie cervicale à la faveur d'un éventuel traumatisme." L'expert a par ailleurs soumis la question d'une intervention chirurgicale au Dr F\_\_\_\_\_ pour un second avis neurochirurgical. Selon celui-ci, un tel traitement n'aura peut-être aucun effet sur les plaintes résiduelles et il s'agissait plus d'une indication à visée préventive, un nouveau traumatisme pouvant occasionner une tétraplégie, raison pour laquelle le patient évitait de se mêler à la foule et renonçait à pratiquer toute activité sportive pour l'instant. Selon l'avis du 22 août 2007 du médecin-conseil de l'assureur, le Dr G\_\_\_\_\_, l'intervention chirurgicale envisagée aurait une visée préventive et pour but de traiter un état antérieur, de sorte qu'elle ne saurait être à la charge de l'assureur-accidents. Le 10 septembre 2007, le Dr H\_\_\_\_\_, neurochirurgien dans une clinique privée à Marseille, a établi un rapport médical à l'attention du Dr B\_\_\_\_\_. Il a fait état de la persistance de cervicalgies, de paresthésies distales des membres supérieurs de type plutôt C6, d'une lourdeur bi-scapulaire dans les membres inférieurs, une impression de faiblesse des chevilles, responsable d'entorses à répétition. L'assuré présentait une sténose de C3 à C7. Selon ce médecin, "L'origine post-traumatique fait peu de doute surtout à l'âge du patient". Par ailleurs, "L'indication opératoire se discute peu". Le 20 septembre 2007, le Dr G\_\_\_\_\_ a contacté l'expert. Selon la note téléphonique suite à cet entretien, le Dr E\_\_\_\_\_ a affirmé que l'atteinte centro-médullaire était de manière certaine en relation avec le traumatisme subi, contrairement au canal cervical étroit. L'opération du 15 octobre 2007 concernait ainsi le traitement de l'état antérieur et non pas les suites de l'accident. Il était actuellement prématuré de fixer une atteinte à l'intégrité, la récupération ayant été favorable jusqu'à maintenant. A la même date, le Dr E\_\_\_\_\_ a communiqué au Dr G\_\_\_\_\_ avoir vu l'assuré à sa consultation le même jour "pour lui expliquer votre décision à laquelle j'adhère parfaitement". Selon l'expert, l'assuré avait bien compris que l'intervention portant sur le canal cervical étroit relevait de l'assurance-maladie. Par décision du 28 septembre 2007, l'assureur a refusé l'intervention chirurgicale prévue pour le 13 octobre 2007, ainsi que les autres prestations d'assurance dès cette date, hormis les frais médicaux qui n'étaient pas en relation avec cette opération. Le 17 octobre 2007, l'assureur a subi une laminectomie cervicale qui a été pratiquée par le Dr H\_\_\_\_\_. Le 29 octobre 2007, l'assuré a formé opposition à la décision du 28 septembre 2007 de l'assureur, par l'intermédiaire de son conseil. Le 6 novembre 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ a établi le certificat suivant : "Je soussigné certifie avoir opéré Monsieur S\_\_\_\_\_, né en 1964 d'une laminectomie cervicale par voie postérieure. Cette intervention est tout à fait exceptionnelle chez un homme de son âge. Cela est lié au fait que ce patient a subi un accident de travail le 13 octobre 2006, responsable de la décompensation médullaire, avec un problème de diplégie brachiale. Les discopathies engendrées par l'accident ont décompensé le canal

cervical étroit. Il n'y a donc aucun doute sur la corrélation entre l'accident et la symptomatologie, responsable de l'intervention." Par décision du 9 novembre 2007, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que l'opération était en rapport avec un état préexistant, à savoir le canal étroit. Par acte posté le 11 décembre 2007, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assureur de prendre en charge l'opération litigieuse, respectivement de rembourser les frais y relatifs à son assurance-maladie, ainsi qu'à la condamnation de l'assureur de lui verser les indemnités journalières consécutives à cette opération, sous suite de dépens. Il fait valoir que tous les médecins consultés, y compris l'expert, admettent un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et la nécessité de l'opération litigieuse. Il estime à cet égard que l'assureur a tiré des conclusions erronées de l'expertise établie par le Dr E\_\_\_\_\_. Celui-ci a déterminé sans contestation possible qu'il serait aujourd'hui capable de travailler à 100%, sans la survenance de l'accident. Quant à l'opération, il relève qu'un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état, condition réalisée dans son cas. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. Dans sa réponse au recours du 24 janvier 2008, l'intimée conclut à son rejet, sous suite de dépens. En substance, elle soutient que l'expert, ainsi que les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ retiennent que l'opération n'avait pour but que de prévenir une aggravation de la myélopathie cervicale dans l'hypothèse d'un nouveau traumatisme, et que l'opération n'aurait aucune implication sur l'évolution du syndrome neurologique. L'opération n'était donc par conséquent pas de nature à améliorer concrètement l'état de santé ou d'éviter une péjoration de la symptomatologie sensitive résiduelle hors nouvelle atteinte traumatique. Concernant la date de réception de la décision litigieuse par le recourant, l'intimée informe le 18 avril 2008 le Tribunal de céans que l'envoi de sa décision n'a pas pu être localisé selon SWISS POST et doit dès lors être considéré comme perdu. Cette décision a par ailleurs été postée le 7 novembre et expédiée le jeudi 8 novembre 2007. Selon le recourant, elle lui a été notifiée le lundi 12 novembre 2007. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. a) En vertu de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Aux termes de l'art. 40 al. 1 LPGA, le délai légal ne peut pas être prolongé. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATFA non publié du 2 mars 2000, C 387/99; consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la

correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (cf. ATF 105 III 46 consid. 3; DTA 2000 n° 25 p. 121 consid. 1b, ATFA non publié du 21 janvier 2003, C 6/02, consid. 3.2). b) En l'espèce, l'intimée est dans l'impossibilité d'établir la date de distribution de la décision dont est recours. Partant, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du recourant, respectivement de son mandataire, selon lequel il l'a reçue le 12 novembre 2007. Il convient ainsi de constater que le recours déposé le 11 décembre 2007 a été interjeté dans le délai légal de 30 jours. Il respecte également la forme prescrite par la loi (art. 61 LPGA et art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985). Par conséquent, il est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la laminectomie cervicale pratiquée par le Dr H\_\_\_\_\_ est à la charge de l'assurance-accidents obligatoire. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 ). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). d) 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 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865). Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se

fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). En l'espèce, il n'est pas contesté que le canal rachidien rétréci au niveau cervical, sous forme d'une arthrose pluriétagée, est préexistant à l'accident, mais qu'il était asymptomatique avant celui-ci. Les médecins ont également constaté que le syndrome médullaire aigu était une conséquence de l'accident et qu'il a décompensé un état antérieur. L'expert et les autres médecins consultés admettent ainsi un lien de causalité entre les douleurs neuropathiques et l'accident. Par ailleurs, il ressort de l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ qu'un nouveau traumatisme pourrait occasionner une tétraplégie. Une laminectomie pourrait prévenir une telle conséquence. La Dresse C. \_\_\_\_\_ a en outre considéré, dans son rapport du 12 février 2007, qu'un certain degré de compression subsistait probablement qui justifiera éventuellement une intervention chirurgicale de décompression. Cela étant, il convient de constater que l'accident a provoqué une fragilisation importante de la colonne cervicale. Cette fragilisation doit être considérée comme une atteinte supplémentaire au canal rachidien rétréci et distinguée de celui-ci. Par ailleurs, si le recourant était certes déjà fragilisé avant son accident du fait du rétrécissement du canal rachidien, il ne l'était pas dans cette mesure. En effet, les conséquences d'un nouveau choc, voire d'un accident similaire à celui qui s'est produit, pourraient être beaucoup plus préjudiciables qu'auparavant, le recourant risquant maintenant une tétraplégie selon l'expert. Un lien de causalité naturelle est par conséquent également à admettre entre cette fragilisation et l'accident. Au vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'opération litigieuse doit être considérée comme un traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Selon l'art. 10 al. 1 let. c LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, soit notamment au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 44 consid. 2c; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références). Le traitement médical n'est pas seulement limité aux mesures destinées au rétablissement, mais comprend toutes les mesures qui visent à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Le but du traitement médical est d'éliminer de la manière la plus

complète que possible les atteintes à la santé physique ou psychique (ATF 121 V 306 consid. 5 b page 305 s.). Même les mesures coûteuses doivent être prises en charge, lorsqu'il n'y pas d'autre méthodes de traitement plus économiques et que le coût de la mesure est acceptable en vertu du principe de la proportionnalité (ATF 114 V 265 consid. 4 c/cc). Sont également prises en charge les mesures médicales qui ont pour but l'élimination d'autres atteintes secondaires dues à l'état, notamment pour corriger les altérations externes de certaines parties du corps, pour autant qu'elles aient une certaine ampleur (ATF 121 V 121 consid. 1; Jean-Maurice Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, dans Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 1998, page 29, chiffre 61). En l'occurrence, en ce qui concerne les douleurs, l'expert suppose que l'intervention litigieuse n'aura éventuellement aucun effet sur les plaintes résiduelles du recourant, sans toutefois l'exclure. Il admet cependant qu'il est légitime d'envisager toutes les possibilités de traitement du syndrome douloureux chronique, y compris une intervention neurochirurgicale. Dès lors, il ne semble pas clairement établi que l'opération se justifie pour atténuer la symptomatologie douloureuse, une amélioration sensible de celle-ci paraissant relativement aléatoire. Toutefois, cette question peut rester ouverte, au vu de ce qui suit. En effet, les médecins consultés n'ont pas mis en doute que l'intervention chirurgicale effectuée rendra la colonne cervicale du recourant plus résistante à de nouveaux chocs et permettra ainsi d'éviter que ceux-ci provoquent des conséquences extrêmement graves. Il sied dès lors d'admettre que l'opération en cause permet de corriger une fragilité de l'état de santé provoquée par l'accident et de la corriger de manière sensible. Aucun des médecins n'a en outre fait état d'un traitement plus économique que la laminectomie effectuée. Partant, il y a lieu de constater que cette intervention remplit les critères de l'art. 10 al. 1 LAA. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'intimée est tenue de prendre en charge les frais médicaux relatifs à l'intervention chirurgicale, dans les limites prescrites par la LAA, ainsi que les indemnités journalières pendant l'incapacité de travail qui a suivi. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 7 novembre 2007. Condamne l'intimée à prendre en charge l'intervention chirurgicale effectuée le 15 octobre 2007 par le Dr H\_\_\_\_\_, dans les limites de la LAA. Octroie au recourant les indemnités journalières pendant l'incapacité de travail qui a suivi l'intervention chirurgicale effectuée le 15 octobre 2007. Renvoie la cause à l'intimée pour la détermination du coût de l'intervention litigieuse et de l'étendue du droit au remboursement de ces frais, dans les limites de la LAA, ainsi que pour instruction sur la durée de l'incapacité de travail. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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