

GE_GERICHTE A/559/2012 vom 9. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_559_2012

FR: GE_GERICHTE A/559/2012 du 9 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/559/2012 del 9 maggio 2012

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur N _____, domicilié à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Reza VAFADAR recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur N _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1962, perçoit des indemnités de chômage depuis le 1 er juin 2009. A ce titre, il est assuré contre les risques d'accidents et de maladies professionnelles auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après l'assurance ou l'intimée). Le 1 er juin 2010, la caisse de chômage auprès de laquelle était inscrit l'assuré a adressé une déclaration d'accident à l'assurance en indiquant que celui-ci avait subi une entorse de la colonne et était incapable de travailler à la suite d'un accident subi le 30 mai 2010, lors duquel il était tombé sur le dos alors que le tabouret sur lequel il était monté s'était cassé. Le 2 juin 2010, le Dr A _____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué des radiographies de la colonne lombaire et de la charnière dorso-lombaire de l'assuré. Il a conclu à l'absence de tassement vertébral macroscopique du rachis dorsal bas et lombaire, à une spondylarthrose étagée prédominant de L2 à L5 avec pincements discaux à prédominance gauche en L3-L4 et à prédominance droite en L4-L5, les discopathies étant dégénératives. Dans son rapport du 26 juin 2010, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a indiqué que l'assuré était tombé d'un tabouret. Le médecin a diagnostiqué des dorso-lombalgies post-contusionnelles et des contusions du membre supérieur gauche et du thorax à gauche. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 31 mai 2010 pour une durée indéterminée à la suite de cet accident. Dans son rapport du 6 juillet 2010, le Dr B _____ a confirmé le diagnostic de dorsolombalgies post-traumatiques en précisant qu'un traitement de physiothérapie avait débuté. Une IRM lombaire avait révélé un canal rétréci maximal en L3-L4 sans lésion traumatique. L'incapacité de travail perdurait mais l'accident ne devrait entraîner aucun dommage permanent. Dans son rapport du 17 septembre 2010, le Dr B _____ a indiqué que l'évolution de l'assuré était inchangée. Il fallait cependant s'attendre à un dommage permanent sous forme de canal lombaire rétréci. A la demande de l'assurance du 23 septembre 2010, l'assuré lui a fait parvenir les documents radiologiques suivants: rapport d'IRM lombaire du 12 janvier 2004 du Dr C _____, spécialiste FMH en radiologie, révélant par comparaison avec l'IRM pratiquée en 2000 la disparition de l'hernie discale en L1-L2, la diminution de l'hernie L2-L3, une hernie discale en L3-L4 médiane et paramédiane droite et l'apparition d'un débord de discopathie en L4-L5 à gauche pouvant engendrer un conflit disco-radulaire et un canal lombaire étagé constitutionnel prédominant en L3-L4; rapport d'IRM lombaire du 21 juin 2010 du Dr D _____, spécialiste FMH en radiologie, dans lequel ce médecin a indiqué qu'on retrouvait le canal lombaire étroit constitutionnel déjà connu avec

des discopathies protrusives étagées. L'aspect était ainsi relativement comparable à l'IRM de 2009, sans image pour une lésion traumatique vertébrale. Il y avait cependant une minime péjoration de la discopathie L1-L2 avec une hernie discale paramédiane droite plus marquée. Le médecin a en revanche noté une diminution de la hernie discale L2-L3. Le 21 octobre 2010, l'assuré a eu un entretien avec un collaborateur de l'assurance. Il a indiqué qu'il avait subi un accident de travail en 1990 (recte : 1999) qui avait entraîné des lésions au bas du dos nécessitant trois interventions chirurgicales, dont il s'était bien remis. Il était à l'époque assuré contre les accidents auprès de la MOBILIÈRE SUISSE. Depuis son accident de mai 2010, son évolution était bonne mais très lente. Il ressentait encore des douleurs dans le dos et ne pouvait garder la même position longtemps. Dans son rapport du 18 novembre 2010, le Dr B_____ a fait état d'une évolution inchangée. Dès le 1^{er} décembre 2010, l'assuré serait à nouveau apte au travail à 50 %. Le Dr B_____ a indiqué dans son rapport du 31 mars 2011 que l'assuré avait recouvré une capacité de travail totale dès le 13 décembre 2010. Ce dernier ne l'avait pas consulté en 2011. Dans une déclaration de sinistre du 1^{er} juin 2011, la caisse de chômage a indiqué que l'assuré avait subi un accident le 18 (recte : 17) mai 2011 entraînant une incapacité de travail dès cette date. L'assuré souffrait d'une entorse de la colonne vertébrale. Il était précisé dans la rubrique "Description de l'accident" que l'assuré était tombé sur le dos d'un tabouret lors d'un accident survenu le 30 mai 2010 et qu'il avait subi un blocage du dos durant deux jours le 18 mai 2011, le médecin traitant considérant qu'il s'agissait-là de séquelles de l'accident du 30 mai 2010. Dans son rapport du 22 juin 2011, le Dr B_____ a indiqué que le 17 mai 2011, l'assuré avait raté la marche en sortant d'un bus et avait effectué un brusque mouvement afin d'éviter une chute, ce qui avait déclenché des lombalgies aiguës. L'assuré avait des douleurs au dos et sa mobilité était limitée. Il s'agissait d'une rechute d'un accident survenu le 30 mai 2010. Le médecin a précisé que les douleurs actuelles étaient imputables à l'accident mais que l'assuré avait déjà été opéré trois fois du rachis. Il était totalement incapable de travailler dès le 18 mai 2011 pour une durée indéterminée. Le traitement consistait en séances de physiothérapie et administration d'anti-inflammatoires. Dans son appréciation du 28 juin 2011, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assurance, a rappelé que l'assuré avait été victime d'une chute d'un tabouret en mai 2010 avec pour conséquence une contusion lombaire sans lésion traumatique. Une reprise du travail avait été possible à 100 % dès décembre 2010 et il fallait dès lors considérer que les conséquences délétères de la contusion lombaire étaient définitivement guéries. L'annonce de rechute avec un faux mouvement et un blocage du dos n'était dès lors pas du ressort de l'assurance-accident. Par décision du 29 juin 2011, l'assurance a nié le droit aux prestations de l'assuré en indiquant que selon le Dr E_____, un lien de causalité entre l'accident du 30 mai 2010 et les troubles du dos apparus en mai 2011 était exclu. L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier reçu le 20 juillet 2011. Il a précisé que malgré sa capacité de travail complète depuis décembre 2010, il ne s'était pas totalement rétabli de son accident de mai 2010. Il souffrait encore du dos et prenait des anti-inflammatoires. Lors de l'événement du 7 mai 2011, il était tombé sur la marche du bus et se portait très mal depuis. Il s'agissait certes d'un nouvel événement, mais celui-ci était en lien avec l'accident précédent. A la demande de l'assurance, la MOBILIÈRE SUISSE lui a transmis le 3 août 2011 le dossier de l'accident du 11 janvier 1999 pour lequel elle avait accordé des prestations. Il en ressort notamment que l'assuré avait alors subi une torsion du dos accidentelle en janvier 1999, qui avait aggravé son état antérieur (discopathies et hernies préexistantes). Le statu quo sine avait cependant été

atteint six mois après l'événement, selon les avis des Drs F _____, spécialiste FMH en orthopédie, et G _____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Un inspecteur de l'assurance a eu un entretien avec l'assuré en date du 29 septembre 2011. Celui-ci a rappelé les circonstances de ses accidents de 1999 et de mai 2010 en précisant qu'après ce dernier événement, l'évolution avait été favorable malgré la persistance de douleurs dans le bas du rachis et de blocages du dos. Le 17 mai 2011, le dos de l'assuré s'était bloqué alors qu'il sortait du bus et il était tombé en avant, sa chute entraînant quelques égratignures aux genoux et aux mains. Il avait consulté le Dr B _____ car il avait très mal au dos. Celui-ci avait prescrit du repos, des anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie. L'évolution était bonne depuis le mois d'août 2011. L'assuré se portait actuellement bien et n'avait des douleurs que durant la nuit et au réveil. Il poursuivait la physiothérapie et prenait du Brufen®. Il était encore en incapacité de travail totale jusqu'au 30 septembre 2011. Dès le 1^{er} octobre 2011, sa capacité de travail serait de 50 %. Son délai-cadre d'indemnisation expirait à la fin de l'année 2011. Dans son appréciation du 3 octobre 2011, le Dr E _____ s'est derechef déterminé sur l'existence d'un lien de causalité entre les lombalgies aiguës et l'événement du 17 mai 2011 en indiquant qu'un tel lien n'était que possible. Il a souligné que ni la déclaration d'accident ni le rapport médical initial du Dr B _____ n'évoquaient une chute. Partant, sa première appréciation restait médicalement justifiée en l'absence de tout document médical ou radiographique attestant d'une chute. Par décision du 7 octobre 2011, l'assurance a nié le droit aux prestations de l'assuré en rappelant qu'elle ne versait des prestations que pour les atteintes en lien de causalité pour le moins probable avec un événement assuré. Or, de l'avis de son service médical, il n'existait aucune relation causale entre l'accident du 30 mai 2010 et les lésions au dos annoncées. Les conséquences délétères de la contusion lombaire dues à l'accident du 30 mai 2010 s'étaient éteintes en décembre 2010. Par ailleurs, aucun des documents médicaux ne faisait état d'une chute le 17 mai 2010. Dans son opposition du 22 octobre 2011, l'assuré s'est déclaré stupéfait par la décision et a affirmé qu'il avait bien été victime d'un accident en mai 2011, soit d'un événement soudain et inattendu entraînant des dégâts et des dommages. Il a reproché à l'assurance de s'être fondée sur son dossier médical sans avoir procédé à un examen médical et de ne pas avoir pris contact avec son médecin traitant. Le 26 octobre 2011, l'assurance a requis de l'assuré qu'il lui fasse parvenir son dossier radiologique complet. Celui-ci lui a communiqué les documents suivants: rapport d'IRM lombaire du 22 décembre 2006 du Dr H _____, diagnostiquant un canal lombaire étroit constitutionnel, une hernie discale L1-L2 paramédiane droite assez volumineuse luxée vers le haut, une hernie discale L3-L4 volumineuse postéro-médiane et paramédiane gauche luxée vers le bas avec forte compression du sac méningé et des espaces sous-arachnoïdiens et des protrusions pluriétagées des disques. Le calibre des trous de conjugaison paraissait normal et il n'y avait pas d'anomalie suspecte du signal osseux; rapport d'IRM lombaire du 10 mars 2009 du Dr C _____ faisant état d'un status post opératoire sans cicatrice épидurale hypertrophique et indiquant qu'on retrouvait en plus des discopathies étagées une hernie discale en position postéro-médiane préforaminale droite en L1-L2 ainsi qu'une hernie discale assez importante en L3-L4 de localisation postéro-médiane et paramédiane droite. A ces deux niveaux, un conflit disco-radiculaire était possible. Le resserrement du canal était pour le surplus similaire à l'examen précédent. Dans leur appréciation du 19 décembre 2011, le Dr E _____ et la Dresse I _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assurance, ont relevé qu'aucune investigation radiologique n'avait été réalisée à la suite de l'accident de mai 2011 et que ce n'était qu'en

septembre 2011 que l'assuré avait pour la première fois déclaré être tombé en avant à la sortie du bus. L'appréciation initiale du Dr E_____ restait valable si l'on se référait aux événements tels qu'ils étaient décrits dans la déclaration d'accident et dans le rapport du Dr B_____. En revanche, si la deuxième version des faits était retenue, il y avait lieu d'ouvrir un nouveau dossier et de le présenter au médecin d'agence s'occupant des cas des chômeurs avec tous les éléments médicaux indispensables. La Dresse I_____ a procédé à une nouvelle appréciation du cas le 2 janvier 2012 en tenant compte de la chute alléguée par l'assuré. Elle a rappelé qu'un lien de causalité pour le moins probable entre les troubles du dos annoncés et l'accident du 30 mai 2010 avait été exclu dans l'avis du 28 juin 2011 du Dr E_____. Il était tout au plus possible que l'accident du 17 mai 2011 ait causé les problèmes de dos de l'assuré. En effet, ce dernier s'était protégé de ses mains lors de sa chute et n'avait donc pas subi de traumatisme direct au niveau rachidien. De plus, aucun bilan radiologique n'avait été réalisé et aucun document médical ne permettait d'imaginer une aggravation de l'état antérieur. L'assurance a écarté l'opposition par décision du 18 janvier 2012. Elle a affirmé que l'assuré ne prétendait pas que les troubles du dos survenus le 18 mai 2011 étaient en lien de causalité avec l'accident du 30 mai 2010 mais qu'il s'agissait bien plutôt de savoir si ces troubles étaient imputables à l'événement du 17 mai 2011. L'assurance a rappelé qu'elle ne répondait que des atteintes à la santé en relation de causalité naturelle et adéquate avec un événement assuré et qu'en matière d'assurances sociales, il n'existait pas de principe imposant de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute. Le rapport de causalité adéquate était donné 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'était produit. L'examen du lien de causalité adéquate était en l'espèce superflu puisqu'un lien de causalité naturelle n'avait pas été démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des variations dans les descriptions de l'événement du 17 mai 2011, l'assurance a souligné qu'en cas de variations dans les déclarations d'un assuré, il convenait de retenir la première version donnée. Cependant, le point de savoir si l'assuré était tombé pouvait rester indécis puisque la Dresse I_____ avait exclu qu'une chute telle que celle décrite puisse entraîner un traumatisme au niveau rachidien. Il n'existait par ailleurs pas de motif de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de la Dresse I_____ et du Dr E_____. Le fait que le Dr B_____ ait prescrit un arrêt de travail n'était pas suffisant, dès lors que les médecins de famille sont en cas de doute enclins à se prononcer en faveur de leurs patients. Les troubles étaient donc imputables aux altérations dégénératives préexistantes. Par acte du 20 février 2012, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assurance. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Il allègue que le 17 mai 2011, son dos s'est bloqué alors qu'il sortait du bus et qu'il est tombé en avant sur les mains et les genoux. Dès le lendemain, le Dr B_____ lui a prescrit du repos, des médicaments et de la physiothérapie et il a subi une incapacité de travail complète. Le recourant rappelle qu'il a subi à plusieurs reprises des accidents ayant entraîné des lésions sévères au dos. S'il a totalement guéri après son premier accident de 1999, il en va autrement pour celui du 30 mai 2010 dont il ne s'est jamais complètement remis, puisqu'il a continué à avoir des douleurs malgré sa capacité de travail entière. Il souligne que selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive et qu'elle est en lien avec un événement accidentel. Il est donc évident que la chute du 17 mai 2011 est une rechute de l'accident du 30 mai 2010, puisqu'il a dû faire appel à son médecin traitant pour soigner les mêmes symptômes que ceux apparus lors de son accident du 30 mai 2010. Le lien de causalité

naturelle et adéquate est dès lors donné. Le recourant conteste sur ce point l'allégation de l'intimée, selon laquelle l'absence de lien de causalité entre l'accident du 30 mai 2010 et l'accident du 18 mai 2011 ne serait pas litigieuse. Il fait en outre grief à l'intimée de ne pas avoir exposé les motifs qui la conduisent à s'écarter de l'avis de son médecin traitant et affirme qu'en refusant d'allouer des prestations, cette dernière a abusé de son pouvoir d'appréciation. Il ajoute qu'il a été engagé dès le 1^{er} octobre 2011 en tant que responsable administratif à plein temps par la société X_____ SA et produit notamment le contrat de travail signé avec cette société. Dans sa réponse du 8 mars 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève que la Dresse I_____ a confirmé les appréciations du Dr E_____ et exclu un lien de causalité probable entre les lombalgies du recourant et l'accident du 30 mai 2010. Ce médecin a également considéré qu'un rapport de causalité entre la chute du 17 mai 2011 et les troubles dorsaux était au mieux possible, puisque l'assuré s'est protégé de ses mains et n'a donc pas pu subir de traumatisme rachidien. Si le Dr B_____ considère que les lombalgies constituent une rechute de l'accident du 30 mai 2010, il s'agit-là de l'opinion du médecin traitant qui ne saurait à elle seule revêtir de caractère probant et qui n'est par ailleurs pas motivée. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture au recourant par pli du 12 mars 2012 et l'a informé de son droit de consulter le dossier. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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 345 consid. 3). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident 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). Le facteur extérieur peut être qualifié d'extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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 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 celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (cf. art. 11 1^{ère} phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]). 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; ATF non publié 8C_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF non publié 8C_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF non publié 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF non publié 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles

plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; ATF non publié 8C_745/2009 du 5 octobre 2010, consid. 2). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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). 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). Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1; ATFA non publié U 267/01 du 4 juin 2002, consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue

un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). a) En l'espèce, en application de cette jurisprudence, on ne peut écarter l'allégation du recourant selon laquelle il est tombé en sortant d'un bus en se fondant sur le principe de la déclaration de la première heure. S'il est vrai que la déclaration de sinistre ne mentionne aucune chute, elle a été remplie par la caisse de chômage et non par le recourant. On ne saurait considérer cette déclaration comme une première déclaration du recourant, la caisse de chômage n'ayant pas qualité de témoin de la scène (ATFA non publié U 142/04 du 23 septembre 2005, consid. 4.2). Il n'est par ailleurs pas démontré que le recourant ait pu prendre connaissance de ce document et en vérifier l'exactitude avant qu'il ne soit envoyé à l'intimée. Les mêmes remarques valent pour le rapport du Dr B_____. Les déclarations directes du recourant n'ont quant à elles pas varié, et il a mentionné qu'il était tombé tant dans son opposition de juillet 2011 que lors de l'entretien du 29 septembre 2011 avec l'inspecteur de l'intimée. C'est donc à juste titre que l'intimée a analysé le droit aux prestations du recourant en tenant compte de la chute décrite par ce dernier. b) Cependant, selon l'appréciation de la Dresse I_____, le lien de causalité entre cette chute et les troubles annoncés est tout au plus possible. Bien que cette appréciation soit concise, elle n'en est pas moins motivée puisque ce médecin a exposé que le fait que le recourant soit tombé sur les mains excluait un traumatisme direct au dos. Il n'existe aucun élément qui justifie que l'on s'écarte de cette appréciation. Le fait qu'elle ne se fonde pas sur un examen clinique du recourant n'est en particulier pas suffisant pour lui dénier toute valeur probante, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus. De plus, le recourant ne fait valoir aucun élément médical démontrant l'existence d'une lésion rachidienne entraînée par sa chute, en particulier aucun examen radiologique. Il convient en outre de relever que si l'on se fie aux déclarations du recourant lors de son entretien du 29 septembre 2011 avec l'inspecteur de l'intimée, c'est précisément en raison d'un soudain blocage du dos - qui n'est pas de nature accidentelle puisqu'il n'a pas été causé par un facteur extérieur - que ce dernier est tombé. La chute étant postérieure au blocage du dos, elle ne peut par définition l'avoir entraîné. C'est probablement aussi pour cette raison que le Dr B_____ a annoncé, dans son rapport du 22 mai 2011, l'évènement du 17 mai 2011 comme une rechute de l'accident du 30 mai 2010 et non pas comme un accident qui a provoqué des lombalgies. Le blocage du dos et les douleurs qui y sont associées ne sont dès lors pas en lien de causalité naturelle avec la chute du 17 mai 2011. c) Les douleurs invoquées par le recourant ne peuvent par ailleurs pas être imputées à l'accident du 30 mai 2011. On rappellera à cet égard que celui-ci n'avait entraîné qu'une simple contusion lombaire et que les examens pratiqués n'ont pas révélé d'autre lésion traumatique. Cette contusion a en outre guéri sans séquelles, comme cela ressort de l'appréciation du Dr E_____ du 28 juin 2011. Cette conclusion est aussi conforme à l'expérience médicale et la jurisprudence, selon lesquelles une contusion lombaire cesse de produire ses effets quelques mois (en général six) après la survenance de l'évènement accidentel (ATFA non publié U 483/00 du 9 juillet 2001, consid. 4c et les références). De surcroît, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363, p. 45 consid. 3a). Un tassement vertébral a en l'espèce précisément été exclu par le Dr A_____ à la suite de

l'accident de mai 2010. Le Dr B_____ a certes fait état d'un dommage permanent consistant en un canal lombaire rétréci lié à l'accident du 30 mai 2010 dans son rapport du 17 septembre 2010. Cette indication est cependant manifestement erronée puisque le canal lombaire constitutionnel était connu en 2004 déjà et n'a donc pas pu être causé par l'accident survenu en 2010. Ce médecin a également soutenu que l'événement du 17 mai 2011 était une rechute de l'accident du 30 mai 2010 dans son rapport du 22 juin 2011. Cette affirmation n'est toutefois étayée par aucun diagnostic ou examen médical et elle n'est nullement motivée. En particulier, le Dr B_____ n'expose pas pourquoi il attribue les lombalgies à une rechute d'une contusion lombaire guérie plutôt qu'aux discopathies dégénératives dont souffre le recourant. Ainsi, la conclusion du Dr B_____ semble découler du principe post hoc, ergo propter hoc. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes se sont manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; ATF non publié 8C_178/2010 du 22 juin 2010, consid. 4.1). Partant, les seuls rapports du Dr B_____ ne sont pas suffisants pour s'écarter de l'appréciation de la Dresse I_____ et admettre que les troubles apparus en mai 2011 sont une rechute de l'accident survenu une année plus tôt. Compte tenu de ces éléments, il n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b) que les troubles annoncés par le recourant soient en lien de causalité au moins probable avec l'accident du 17 mai 2011 ou constituent une rechute de l'accident du 30 mai 2010. Le droit des assurances sociales ne connaissant pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait, dans le doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a), la décision de l'intimée niant le droit aux prestations doit dès lors être confirmée. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); 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 Diana ZIERI 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.