

GE_GERICHTE A/577/2010 vom 9. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_577_2010

FR: GE_GERICHTE A/577/2010 du 9 juin 2010

IT: GE_GERICHTE A/577/2010 del 9 giugno 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 09.06.2010
A/577/2010

A/577/2010 ATAS/653/2010 du 09.06.2010 (LAA) , ADMIS Recours TF déposé le 20.07.2010, rendu le 10.03.2011, ADMIS, 8C_608/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/577/2010 ATAS/653/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 9 juin 2010 En la cause Monsieur S_____, domicilié à GENEVE, représenté par FORTUNA Protection juridique recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur S_____, né en 1972, est monteur en charpente tubulaire. Dans le cadre de son emploi, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA). Le 10 avril 2007, il subit un accident. Selon la déclaration d'accident à la SUVA du 11 avril 2007, l'assuré était baissé et n'a pas vu que la porte de son armoire était ouverte au-dessus de lui. Au moment où il s'est relevé, il s'est cogné les cervicales. Le jour même, il consulte le Dr A_____ de la Permanence de Cornavin SA, lequel atteste une incapacité totale de travailler et diagnostique une luxation facettaire unilatérale C6-C7, sur la base des constatations radiologiques. L'assuré reprend le travail à 100 % le 19 août 2007. Le 28 avril 2007, un scanner de la colonne cervicale est réalisé qui met en évidence une luxation facettaire unilatérale C6-C7 à droite. Le 7 décembre 2007, un scanner cervical est réalisé. La conclusion y relative est la suivante : "Probable scoliose cervicale à convexité gauche sous réserve de la position couchée. Cette scoliose s'accompagne d'une uncarthrose C4-C5 droite. Petite protrusion à base postéro-médiane et para-médiane bilatérale C3-C4 ainsi que C4-C5 sans conflit disco-radicaire décevable." Le 24 janvier 2008, l'assuré est opéré par les Drs B_____ et C_____, médecins au Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Leur diagnostic est un crochetable articulaire bilatéral (recte unilatéral?) C6-C7 à droite. La tentative de décrochetable en C5-C6 (recte C6-C7) à gauche (recte à droite?) a échoué, raison pour laquelle une fixation postérieure C6-C7 est décidée. Dans l'anamnèse préopératoire est mentionné que le patient se plaignait d'une cervico-brachialgie à droite lors de la flexion et l'extension de la colonne cervicale. Le bilan radiologique a mis en évidence le diagnostic précité. Selon le résumé de l'observation du 30 janvier 2008 des Drs B_____ et D_____, l'assuré présente, outre un crochetable articulaire unilatéral droit avec rotation vertébrale C6-C7, une malformation vertébrale avec agénésie du pédicule C7 droit. Dans l'anamnèse, il est relevé que le patient n'a jamais présenté de déficit sensitivo-moteur avant l'accident. Les suites de l'intervention sont simples et sans complication. Dans un premier temps, le patient se sent soulagé subjectivement de ses douleurs irradiant dans la main droite. Une minerve rigide pendant six semaines lui est prescrite. Le bilan radiologique postopératoire a montré en outre la

réduction du crochetage. Le 1^{er} février 2008, l'opération effectuée est annoncée à la SUVA comme une rechute de l'accident du 10 avril 2007. Par courrier du 18 mars 2008, l'employeur de l'assuré informe la SUVA que ce dernier ne reçoit aucune indemnité de l'assureur perte de gain, de sorte qu'il se trouve sans aucune indemnité depuis le mois de février 2008. Il invite ainsi la SUVA à examiner le dossier pour que son employé soit indemnisé. A la même date, le Dr B _____ informe la Dresse E _____, rhumatologue, que le patient décrit aujourd'hui la disparition quasi complète des douleurs cervicales présentes en préopératoire, mais l'apparition lors de certains mouvements d'une douleur irradiée en paracervical droit, épaule droite et dans le membre supérieur, de caractère non radiculaire. Ces douleurs apparaissent seulement lors des efforts du membre supérieur droit. Il a l'impression que ce membre est plus lourd et moins sensible. L'examen clinique ne montre pas de déficit moteur, la sensibilité étant bien préservée et les réflexes présents et symétriques. Le Dr B _____ suspecte qu'il s'agit de douleurs plutôt musculaires irradiées dans le membre supérieur droit. En ce qui concerne le traitement, la minerve rigide sera enlevée pour passer à une collerette mousse pendant encore quelques semaines. Le 2 avril 2008 a lieu un entretien entre un inspecteur-accidents de la SUVA et l'assuré. Selon le rapport du même jour y relatif, l'assuré doit porter des charges de plus de 40kg dans le cadre de son travail. Il les manutentionne sur l'épaule droite, étant droitier. Avant l'accident, il n'a jamais été soigné pour des troubles de la colonne cervicale, qu'ils soient d'origine malade ou accidentelle. Concernant la description de l'accident, il précise qu'il s'est baissé en pliant le buste, les jambes tendues. Lorsqu'il a relevé brusquement son buste, sa nuque a heurté le dessous de la porte de l'armoire du salon situé entre 1m20 et 1m40 du sol. Lors de l'impact, il a ressenti une violente douleur dans sa nuque et n'arrivait pas à bouger sa tête. Il a alors consulté le jour même à la Permanence de Cornavin. Le Dr A _____ a prescrit de la physiothérapie et des antalgiques, ainsi que des anti-inflammatoires. Il l'a en outre dirigé vers la Dresse E _____. Lorsqu'il a repris le travail, le 19 août 2007, il continuait à prendre des antalgiques tous les jours, afin de pouvoir travailler. La Dresse F _____ l'a envoyé chez le Dr B _____, lequel a décidé une intervention chirurgicale après avoir effectué un scanner. Il a ensuite porté pendant six semaines une minerve rigide, puis une minerve souple pendant la journée pendant quatre semaines. La Dresse E _____ continue à le traiter. Il prend des antalgiques, des anti-inflammatoires, un myorelaxant et effectue de la physiothérapie à raison de deux fois par semaine. Sa capacité de travail est nulle depuis son hospitalisation en date du 23 janvier 2008 pour une durée indéterminée. Dans les plaintes, l'assuré précise qu'il a toujours mal aux cervicales, ainsi que dans son membre supérieur droit. Pour cette raison, il va rencontrer un neurologue, le Dr G _____. La SUVA soumet le dossier à son médecin-conseil, le Dr H _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour appréciation médicale. Dans son rapport du 21 mai 2008, ce médecin relève que le dossier radiologique de l'assuré est bien étoffé, ce qui n'est toutefois pas le cas du dossier médical. Il n'y a notamment pas les rapports des divers radiologues ni de la Dresse E _____ ni un rapport de consultation du Dr B _____. Sur la base des éléments disponibles, il constate que l'assuré est porteur d'une anomalie congénitale du rachis cervical sous forme d'une absence du pédicule de C6 à droite. Cette anomalie a comme corollaire radiologique un pseudo-élargissement du foramen homolatéral à l'absence de pédicules, un aspect dysplasique et un déplacement en arrière du massif articulaire homolatéral, et un défaut de l'apophyse transverse homolatérale. Cette anomalie est rare. Selon la littérature médicale, elle est considérée comme asymptomatique, de sorte qu'une autre cause aux douleurs doit

être recherchée. En cas d'ignorance de cette anomalie, elle peut passer à tort pour une luxation unilatérale et conduire à un traitement inadapté. Il est relevé dans la littérature médicale que cette erreur de diagnostic initial est fréquente (23 % des cas). Dans la vaste majorité des cas, aucune chirurgie n'est recommandée. Cette anomalie ne favorise pas les lésions traumatiques. Le Dr H_____ ne comprend toutefois pas le diagnostic de crochetage C6-C7 posé par le Dr B_____, de sorte qu'il ne peut apprécier l'indication au traitement chirurgical. Il relève en outre que l'amélioration consécutive à l'opération n'était que transitoire. Cela étant, il considère que l'intervention chirurgicale n'est pas à la charge de la SUVA, s'agissant d'une affection congénitale. Par décision du 4 juin 2008, la SUVA refuse de prendre en charge l'opération du 24 janvier 2008, ainsi que ses suites, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 10 avril 2007 et cette intervention. Ce faisant, elle se fonde sur l'appréciation médicale du Dr H_____. Le 23 juin 2008, le Dr B_____ communique au mandataire de l'assuré que "Le diagnostic posé de crochetage articulaire avec rotation vertébrale C6-C7 à droite peut être bien sûr lié à son (de l'assuré) traumatisme cervical et on peut donc considérer une rechute sitôt le diagnostic posé le 26 avril 2007 par le Dr I_____". Ce médecin indique par ailleurs qu'il n'a porté aucune modification concernant la malformation vertébrale. Elle n'est pas corrigible par l'intervention chirurgicale et l'intervention s'est limitée au crochetage articulaire unilatéral droit. Le 4 juillet 2008, l'assuré s'oppose à la décision de la SUVA par l'intermédiaire de son conseil, en alléguant qu'il existe bel et bien un lien de causalité entre la nécessité de l'intervention chirurgicale et l'accident survenu, selon le Dr B_____. Par décision du 12 août 2008, la SUVA rejette l'opposition de l'assuré. Elle constate que le Dr B_____ ne précise pas ses conclusions et se limite en substance à se référer à des possibilités. Ce certificat ne résiste pas à l'analyse du Dr H_____. Celui-ci a par ailleurs constaté que l'assuré présente d'autres malformations associées, en particulier un aspect dysplasique et un déplacement en arrière du massif articulaire homolatéral. Le 11 septembre 2008, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la prise en charge de l'intervention de janvier 2008 et de ses suites. Il relève notamment que le Dr B_____ n'est pas intervenu pour l'anomalie congénitale, mais uniquement pour le crochetage articulaire. Il conteste en outre que le Dr B_____ aurait jugé seulement possible le lien de causalité entre ce crochetage et l'accident survenu. Il conteste également la présence d'autres malformations. Le 9 octobre 2008, le Dr B_____ confirme à la Dresse E_____ qu'il était nécessaire de procéder à l'intervention en cause, car un scanner montrait, à son avis, une image claire de crochetage articulaire que l'on a retrouvé lors de l'intervention. Il admet que ce crochetage n'était pas réductible par l'intervention elle-même. Par ailleurs, le patient a eu en postopératoire un bénéfice transitoire avec reprise d'une douleur à droite, surtout au niveau de l'épaule droite. Il relève par ailleurs que le rapport du Dr H_____ n'est pas clair, dès lors qu'il n'y avait pas de douleur avant le traumatisme, en dépit de la malformation depuis la naissance. Enfin, le patient a repris son travail en juillet 2008. La SUVA ayant accepté de reprendre l'instruction de la cause et d'annuler sa décision du 12 août 2008, le Tribunal de céans déclare le recours sans objet, par arrêt du 19 novembre 2008. Dans son appréciation médicale du 21 janvier 2009, le Dr H_____ confirme ses conclusions précédentes. Il maintient que c'est à tort qu'une luxation facettaire unilatérale a été diagnostiquée, la pathologie en cause étant une malformation congénitale. C'est cette erreur de diagnostic qui explique la très longue incapacité de travail de quatre mois. Par décision du 4 mai 2009, la SUVA refuse de nouveau l'octroi de ses prestations

pour l'opération et ses suites, en niant le lien de causalité. Le 20 mai 2009, l'assuré consulte le Centre d'accueil et d'urgences des HUG en raison de douleurs cervicales en crescendo. Il s'est réveillé le matin avec un blocage de la cervicale, des douleurs handicapantes, exacerbées au moindre effort de mobilisation. Il a également des fourmillements aux deux mains mais pas de diminution de la force. Les médecins posent le diagnostic de blocage cervical en position antalgique en raison d'une cervico-brachialgie droite avec une probable composante musculaire. Le 4 juin 2009, l'assuré forme opposition à la décision de la SUVA, en reprenant ses arguments précédents. Il sollicite par ailleurs un complément d'instruction, jugeant celle-ci incomplète. Le 11 juin 2009, la Dresse E _____ adresse un rapport au mandataire de l'assuré. Elle relève que le patient bénéficiait d'un traitement conservateur par AINS antalgique, physiothérapie passive et acupuncture. Elle le revoit fin juillet 2007 et, à ce moment, il est toujours très algique jour et nuit avec multiples réveils nocturnes. Une reprise de travail est tentée. Celle-ci provoque une augmentation des douleurs, une hypoesthésie au niveau du pouce et de l'index de la main droite. Après l'intervention en janvier 2008, le patient reprend le travail à temps partiel, puis à 100% jusqu'au 19 mai 2009, date à laquelle il consulte pour un blocage cervical complet avec intensification des douleurs. Depuis cette date et à ce jour, il est en arrêt de travail. Pour ce médecin, il n'y a pas eu de rechute, mais une poursuite et une intensification des cervico-brachialgies chez un patient motivé à reprendre le travail. Elle pense qu'une reconversion professionnelle s'impose. Le 20 juillet 2009, le Dr B _____ atteste au mandataire du recourant qu'il a revu le patient en consultation et qu'il décrit actuellement des cervicalgies persistantes qui ne sont pas compatibles avec une reprise de travail dans son métier actuel, raison pour laquelle il lui a conseillé d'entreprendre une démarche de réadaptation professionnelle. Ce médecin est par ailleurs convaincu qu'un rapport de cause à effet entre l'événement traumatique de 2007 et la symptomatologie décrite par le patient est confirmé du fait que ce dernier ne souffrait d'aucune douleur avant l'accident et qu'une image de luxation facettaire de crochetage articulaire dans un contexte d'anomalie congénitale était flagrante sur les scanners préopératoires. La SUVA soumet le dossier de l'assuré au Pr J _____, radiologue, pour une expertise radiologique. Dans son rapport du 29 octobre 2009, l'expert se détermine notamment sur la présence d'un crochetage articulaire C6-C7, c'est-à-dire d'une luxation des apophyses articulaire C6-C7 à droite. Il relève que les deux scanners préopératoires montrent qu'il y a une anomalie de position antéro-postérieure droite C6-C7, avec petit phénomène de rotation axiale, mais qu'il n'y a pas de luxation C6-C7 du côté gauche. Cette anomalie de position n'est pas associée à une fracture des facettes articulaires, mais à une malformation congénitale de la moitié droite de l'arc postérieur de C7. Les anomalies de forme des facettes articulaires inférieures de C6 et supérieures de C7, associées à la malformation de C7, ont pu favoriser une luxation post-traumatique. Par ailleurs, dans les traumatismes de la colonne cervicale, l'hyper-extension avec compression peut causer un déplacement antéro-postérieur du corps vertébral avec compression des articulaires postérieures. Cela peut provoquer une fracture/luxation des articulaires postérieurs bilatérale ou unilatérale. Dans le phénomène de luxation, la facette articulaire inférieure glisse en haut et en avant, jusqu'à ce que le bord inférieur de la facette de la vertèbre supérieure passe en avant de la facette supérieure de la vertèbre inférieure, sans lésion osseuse associée, mais avec des lésions ligamentaires. En règle générale, lors d'une atteinte unilatérale, il n'y a pas de phénomène de rotation que l'on peut voir dans les luxations bilatérales. Le principe du traitement d'une telle luxation est d'assurer le réalignement et la stabilité des facettes articulaires postérieures. Chez le patient,

l'intervention du 24 janvier 2008, n'a cependant pas permis de corriger la position des facettes articulaires C6-C7 droite. La malformation que présente l'assuré est par ailleurs complexe et doit être qualifiée d'agénésie pédiculo-articulaire. Les agénésies totales ou partielles de l'arc postérieur des vertèbres cervicales sont très rares et leur incidence n'est pas connue, moins d'une centaine de cas étant décrite dans la littérature. Il est important de connaître ce tableau radiologique, afin d'éviter une erreur de diagnostic, comme par exemple, une fracture/luxation des facettes articulaires dans un contexte traumatique. Dans le cas de l'expertisé, il n'y a pas de glissement anormal du corps de C6 en avant du corps C7. L'anomalie de position ne concerne que le massif des articulaires postérieurs droites. Cependant, en l'absence de documents radiologiques antérieurs au traumatisme, il n'est pas possible de dire avec exactitude si le traumatisme est responsable ou non de ces défauts de position. Toutefois, le patient a présenté après le traumatisme des symptômes qui n'existaient pas avant celui-ci. Il n'y a en outre pas d'autres lésions pouvant expliquer les douleurs, ce qui constitue également un argument pour une possible luxation post-traumatique favorisée par l'anomalie congénitale pédiculo-articulaire de C7. Il n'y a pas non plus d'anomalie pouvant évoquer une avulsion des racines nerveuses, laquelle survient le plus souvent après un accident de motocyclette et concerne les branches du plexus brachial. Par ailleurs, l'assuré ne présente très vraisemblablement pas une méningocèle. Dans la période post-opératoire, il est aussi possible que le contact entre la pointe de la vis située à droite en C7 et la racine constitue un élément supplémentaire pouvant provoquer des symptômes. L'expert relève enfin les erreurs et imprécisions dans le dossier médical et radiologique qui n'ont pas facilité la compréhension mutuelle. Si le patient continue toujours à présenter une symptomatologie, il estime qu'il faudrait envisager un nouveau bilan radiologique comportant un scanner pour l'analyse des pièces osseuses et de la position du matériel, ainsi qu'une IRM pour une meilleure appréciation des tissus mous et du contenu intra-canalair. Dans son courrier du 3 décembre 2009 au mandataire de l'assuré, la Dresse E _____ insiste sur le fait que le patient ne présentait aucune douleur avant l'accident et que la symptomatologie est consécutive à celui-ci. Dans son rapport du 13 janvier 2010, le Dr H _____ se prononce sur l'expertise radiologique du Pr J _____. Selon ce médecin, l'assuré n'a pas été victime d'une luxation unilatérale de l'articulation postérieure droite C6-C7. Du point de vue du mécanisme accidentel, une luxation unilatérale de la colonne cervicale résulte d'un mécanisme d'hyper-flexion couplé à une rotation de la colonne cervicale. Un choc comme celui dont a été victime l'assuré n'est pas susceptible de l'engendrer. Par ailleurs, une agénésie du pédicule n'est pas une anomalie congénitale isolée, mais associée à une anomalie de position de la facette articulaire supérieure de la vertèbre affectée. Par conséquent, la malposition est forcément congénitale et non pas la conséquence d'une luxation post-traumatique. Il exclut dès lors une lésion anatomique résultant de l'accident du 10 avril 2007. Il relève à cet égard que l'échec de l'intervention chirurgicale du 24 janvier 2008 est imputable au fait que les médecins ont tenté de réduire une luxation, alors que la malposition était à mettre sur le compte d'une anatomie perturbée par l'anomalie congénitale. Par décision du 18 janvier 2010, la SUVA rejette l'opposition de l'assuré, sur la base de l'appréciation médicale du Dr H _____ et de l'expertise radiologique du Pr J _____. Elle relève que l'évaluation de ce dernier ne permet pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité pour le moins vraisemblable entre l'accident et les troubles ayant nécessité l'opération de janvier 2008. Partant, un tel lien ne peut pas être retenu. En outre, le principe post hoc, ergo propter hoc ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité

naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurance accidents. Par acte du 17 février 2010, l'assuré recourt contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de la SUVA pour l'intervention chirurgicale de janvier 2008, ainsi que les soins consécutifs, sous suite de dépens. Subsidiairement, il demande le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction par une expertise médicale confiée au Pr K_____. Il fait valoir que les conclusions du Pr J_____ permettent d'admettre, sous l'angle du degré de vraisemblance prépondérante, que l'intervention chirurgicale de janvier 2008 est dans un rapport de causalité avec l'accident du 10 avril 2007. Il reproche au Dr H_____ d'avoir déformé les propos du Pr J_____, ce qui enlève à son appréciation médicale la valeur probante. Par ailleurs, le Dr B_____ a clairement attesté ne pas être intervenu sur l'anomalie congénitale, mais uniquement sur le crochetage articulaire unilatéral. Le recourant conteste également que d'autres malformations soient associées à l'agénésie du pédicule, en particulier l'aspect dysplasique et le déplacement en arrière du massif articulaire homolatéral à l'absence de pédicules. Le recourant insiste enfin sur l'absence de douleurs avant son accident. Dans sa détermination du 18 mars 2010, l'intimé conclut au rejet du recours en reprenant pour l'essentiel son argumentation antérieure. Le 9 avril 2010, le Dr B_____ se prononce sur les expertises du Pr J_____ et du Dr H_____. Il partage leur avis quant à la présence d'une malformation de la colonne cervicale avec agénésie pédiculaire et une image de crochetage articulaire en C6-C7. Toutefois, selon ce médecin, malgré la présence d'une malformation, l'événement traumatique a clairement déclenché des douleurs dont le patient ne souffrait pas auparavant. Il estime dès lors que l'on ne saurait exclure à 100 % qu'il y ait une lésion traumatique sur un cadre malformatif. Par écriture du 20 avril 2010, l'intimée persiste dans ses conclusions, en soulignant que le Dr B_____ s'est prononcé en se référant au principe post hoc, ergo propter hoc . De ce fait, son opinion est disqualifiée, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Par écriture du 5 mai 2010, le recourant maintient également ses conclusions, en reprenant ses précédents arguments. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la nécessité de l'intervention chirurgicale du 24 janvier 2008 du recourant, ainsi que les suites de celle-ci, est dans un rapport de causalité avec l'accident survenu le 10 avril 2007. 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 ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466 , consid. 1 p. 467). 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). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). 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 cependant pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 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). e) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou

résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (ATF 128 V 169 consid. 1c p. 171 ss; Jean-Maurice FRESARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 140 sv., ATF non publié du 11 mars 2009, 8C 433/2008)). 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). C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue

et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré. En l'espèce, le recourant a notamment fait l'objet d'une expertise radiologique par le Pr J_____. Celui-ci arrive à la conclusion qu'en l'absence de documents radiologiques antérieurs au traumatisme, il n'est pas possible de dire avec certitude si le traumatisme est responsable ou non du défaut de position des facettes articulaires droites C6-C7. Cependant, il ne se prononce pas clairement sur la question de savoir s'il y a un lien de causalité pour le moins probable entre la symptomatologie douloureuse ayant nécessité l'intervention chirurgicale en cause et l'accident. Il se contente de relever à cet égard que le patient n'a pas présenté des symptômes avant le traumatisme et qu'il n'y a pas d'autres lésions pouvant expliquer les douleurs, ce qui constitue un argument pour une possible luxation post-traumatique favorisée par l'anomalie congénitale pédiculo-articulaire de C7. Il n'y a pas non plus une anomalie pouvant évoquer une avulsion des racines nerveuses ni une méningocèle. Dans son appréciation médicale subséquente, le Dr H_____ exclut avec certitude le lien de causalité entre la symptomatologie persistante ayant conduit à l'intervention chirurgicale de janvier 2008 et l'accident, en relevant que la malposition de la facette articulaire supérieure de la vertèbre C7 existait déjà avant le traumatisme. Il relève notamment que l'agénésie du pédicule est toujours combinée à d'autres anomalies, à savoir celle de l'apophyse transverse (défaut ou aplasie) et celle du massif articulaire qui est déformée et déplacée en arrière. Dans son avis du 9 avril 2010, le Dr B_____ admet finalement que la malposition facettaire articulaire était préexistante au traumatisme, tout en persistant à considérer qu'il y a un lien de causalité entre la symptomatologie douloureuse et l'accident. Sur la base des appréciations médicales du Dr H_____, le Tribunal de céans estime qu'il y a lieu d'admettre l'existence d'une anomalie congénitale au niveau C6-C7 consistant en un défaut de position des facettes articulaires, associé à une agénésie du pédicule. Toutefois, comme le Dr H_____ le relève dans son appréciation médicale du 21 mai 2008, une telle anomalie est considérée comme asymptomatique, de sorte qu'une autre cause aux douleurs doit être recherchée, selon la littérature (p. 3). Par ailleurs, le Dr H_____, ni aucun autre médecin consulté, n'a trouvé une explication à la symptomatologie douloureuse, en dehors de l'accident, et en l'absence d'autres lésions (avulsion radiculaire, méningocèle et arthrose). En l'état des connaissances, l'accident du 10 avril 2007 constitue dès lors pour l'instant la seule explication pour cette symptomatologie. Certes, pour l'appréciation du lien de causalité, on ne saurait en principe se fonder sur l'adage post hoc, ergo propter hoc, selon la jurisprudence en la matière (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.). Cependant, dans le cas présent, le recourant était complètement asymptomatique avant l'accident et il n'y a aucun état malade préexistant pour expliquer la symptomatologie. En effet, l'anomalie congénitale ne saurait être considérée comme une cause possible de cette symptomatologie, dans la mesure où, comme relevé ci-dessus, elle est généralement asymptomatique, de sorte que sa découverte est fortuite. Dans ces conditions, il convient d'admettre que le traumatisme constitue, au degré de la vraisemblance prépondérante, la cause de la symptomatologie douloureuse et que soit le défaut de position des facettes articulaires a été aggravé par l'accident soit l'impact de la porte de l'armoire sur cervicales a provoqué une autre lésion, par exemple ligamentaire, sur un cadre malformatif, comme le Dr B_____ l'a relevé dans son courrier du 9 avril 2010 au Tribunal de céans. Il sied en outre de rappeler que, s'il est vrai que l'opération du 24 janvier 2008 n'a pas permis de décrocheter les vertèbres, elle a néanmoins réduit le crochetage, comme cela ressort du résumé d'observation du 30 janvier 2008 des Drs B_____ et D_____.

toutes ces raisons, le Tribunal de céans est de l'avis qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité naturelle et adéquate entre la symptomatologie ayant nécessité l'intervention de janvier 2008 et l'accident doit être admis. Cependant, il ne saurait en être déduit que le lien de causalité est admis du seul fait que la symptomatologie douloureuse est apparue seulement après l'accident. Au contraire, comme exposé ci-dessus, cette appréciation des preuves tient en particulier compte de ce qu'il n'y avait aucun état maladif préexistant pouvant expliquer les plaintes qui ont subsisté. Il est à cet égard à relever que, dans le cas jugé par notre Haute Cour et publié aux ATF 119 V 335, le lien de causalité a été essentiellement nié en raison d'une pathologie préexistante et que la situation à la base de cet arrêt ne saurait dès lors être comparable au cas présentement jugé. Quant à l'indication opératoire, elle est éventuellement discutable, dans la mesure où le Dr B_____ n'a apparemment pas identifié le défaut de position des facettes articulaires comme une anomalie congénitale, mais comme une luxation post-traumatique. Toutefois, s'agissant le cas échéant d'une intervention consécutive à une erreur de diagnostic, l'assureur-accidents ne saurait pour autant refuser d'en prendre en charge les frais, la couverture étant également donnée pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical, selon l'art. 6 al. 3 LAA. Il y a lieu en outre d'admettre que l'intervention aurait été tout à fait justifiée en cas de luxation post-traumatique. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et le recourant mis au bénéfice des prestations de l'intimée pour les frais médicaux liés à l'intervention du 24 janvier 2008, ainsi que l'incapacité de travail consécutive. 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 18 janvier 2010. Octroie au recourant les prestations d'assurance liées à l'intervention chirurgicale du 24 janvier 2008, ainsi que l'incapacité de travail consécutive. 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 ; 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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