RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/108/2004 **ATAS/317/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

2ème chambre

du mardi 4 mai 2004

En la cause

Monsieur L_____, comparant par Me Mauro POGGIA, en l'étude duquel il élit domicile,	recourant
contre	
CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT (SUVA), domicilié Fluhmattstrasse 1 à Lucerne, mais comparant par Me Jacopo RIVARA, en l'étude duquel elle élit domicile.	intimée

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Maya CRAMER et Valérie MONTANI, juges.

EN FAIT

1. Monsieur L_____ José (ci-après le recourant) né en 1960, travaillant en qualité de chauffeur-livreur, a ressenti de fortes douleurs entre les omoplates alors qu'il déchargeait son camion, le 30 octobre 2002. Le diagnostic de troubles du dos a été posé, et la SUVA, dans un premier temps, a refusé de verser des prestations au motif qu'il ne s'agissait pas des conséquences d'un accident. Toutefois, suite à l'opposition du recourant, la SUVA a accepté de mettre le recourant au bénéfice d'indemnités journalières, par courrier du 16 mai 2003.

2. En date du 6 août 2003 le docteur A_____, médecin d'arrondissement, a procédé à l'examen du recourant. Il a constaté l'existence d'une symptomatologie douloureuse dorsale haute, l'absence de résultat des divers traitements pratiqués, pris acte des multiples investigations réalisées n'ayant pas permis d'observer une lésion traumatique au niveau vertébral. L'examen clinique actuel était selon lui celui de dorsalgies modérées. Sa conclusion était que quelque soit la nature de l'événement accidentel retenu, l'absence actuelle de lésion de caractère traumatique lui faisait dire que les conséquences observables d'un accident étaient actuellement terminées.

3. Sur cette base, la SUVA a rendu une décision le 8 août 2003, par laquelle elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière ainsi qu'à la prise en charge des soins médicaux, au 31 août 2003. Dès cette date, les troubles ressentis n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident.

4. Suite à l'opposition du recourant du 3 septembre 2003, la SUVA a confirmé sa décision en date du 20 octobre 2003. S'agissant d'une simple contusion ou distorsion, les effets cessaient après plusieurs mois, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances sociales (ci-après TFA). Toute causalité étant éteinte, il se justifiait de mettre fin aux prestations.

5. Dans son recours du 19 janvier 2004, le recourant conclut préalablement à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée. Sur le fond il conclut à l'annulation de la décision sur opposition, à ce que la reprise du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux soit ordonnée, et à l'octroi de dépens.

   Il rappelle que dans le cadre de son activité de chauffeur-livreur, en date du 30 octobre 2002, il a glissé alors qu'il transportait avec un collègue un coffre de plus de 100 kilos, en montant un escalier à reculons. Il est depuis totalement incapable de travailler. Il considère que le rapport du médecin d'arrondissement n'est pas déterminant. Or, si l'atteinte à la santé n'est même que partiellement imputable à l'accident l'assureur-accident doit verser les pleines prestations. Dans le cas

d'espèce celui-ci refuse toute prestation alors que l'assurance-maladie conteste toute incapacité de travail. Une expertise indépendante est donc nécessaire.

6. Dans sa réponse du 1er mars 2004, la SUVA conclut au rejet du recours. Les rapports médicaux, en particulier du Docteur A_____, ont pleine valeur probante selon les critères de la jurisprudence. Par ailleurs, l'absence de lésions a été constatée par les médecins du recourant également. En application de la jurisprudence du TFA il y a donc lieu de constater que les dorsalgies actuelles ne sont plus en relation avec l'accident. La SUVA cite plusieurs jurisprudences dans des cas similaires, dont certaines concernant des cas de dorsalgies avec lésions dégénératives préexistantes. L'expertise n'est pas nécessaire puisque le dossier est complet.

7. Après communication de cette écriture au recourant et la fixation d'un dernier délai pour d'éventuelles écritures, par courrier du 8 mars 2004, la cause a été gardée à juger le 31 mars.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 a été modifiée et a institué dès le 1er août 2003 un Tribunal cantonal des assurances sociales qui connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale des droits des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relative notamment à la loi fédérale sur l'assurance accident du 20 mars 1981 (LAA) (art. 56 V al. 1 let. a LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

2. La LPGA, entrée en vigueur au 1er janvier 2003 a entraîné des modifications en matière d'assurance accident. Elle est applicable ici, de même que les règles de la LAA.

3. L'article 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'article 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'article 60 LPGA le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. Le recours est dès lors recevable.

4. La question à résoudre ici est de savoir si c'est à juste titre que la SUVA a mis fin à ses prestations au-delà du 31 août 2003.

5. En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré. Dans l'éventualité où le lien de causalité naturel n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 5 335).

Le droit a des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. C'est exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, a provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou le 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.

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 que s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 123 III 110 consid. 3a p. 112 ; 122 V 415 consid. 2a p. 416; 121 V 45 consid. 3a p. 49 ; 119 V 401 consid. 4a p. 406 et les références).

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 édition, 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 irréfutables, 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 1993, no K921, p. 159, consid. 3b; ATA R. du 21 novembre 2000).

Pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient motivées (ATF 122 V consid. 1c p. 160 et les références).

De jurisprudence constante, lorsqu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la CNA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas

partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209; ATA S. du 29 mars 1994; G. du 9 novembre 1994).

S'agissant d'un rapport médical établi par un médecin employé de l'assurance, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a considéré que s'il était convaincant et que les objections invoquées à son encontre dans le cadre du recours ne suscitaient pas de doute quant à sa valeur probante, il était superflu de se livrer à d'autres enquêtes médicales, car il ne fallait pas s'attendre à pouvoir faire d'autres constatations (ATF 104 V 209; ATA S. du 29 mars 1994).

6. En l'espèce, rien ne permet de s'écarter du rapport du Docteur A_____, qui remplit tous les critères susmentionnés permettant de lui accorder une pleine valeur probante.

Comme le relève d'ailleurs la SUVA, le rapport du Docteur A_____ n'est pas en contradiction avec les autres rapports médicaux figurants au dossier. Au contraire, le Tribunal constate que tous s'accordent sur le diagnostic mais que les médecins traitants du recourant comme les examens effectués n'ont pas permis de mettre en évidence une lésion expliquant la persistance des douleurs. Le rapport comprend en effet un résumé clair et chronologique du dossier, fait état de tous les rapports médicaux rédigés et figurant au dossier ainsi que des différents courriers du recourant. Il prend en compte les déclarations et les plaintes du patient. Il comprend, par ailleurs, un examen complet du recourant, des radiographies, et un examen du dossier radiologique. Il comporte, enfin, une appréciation médicale claire et sans équivoque selon laquelle l'absence de lésions de caractère traumatique fait dire à l'expert que les conséquences observables d'un accident sont actuellement terminées.

Les conclusions du Docteur A_____ sont d'ailleurs compatibles avec la jurisprudence du TFA selon laquelle un traumatisme vertébral sans lésions osseuses cesse en principe de produire ses effets après quelques mois (cf. ATA du 31 mars 1998 dans la cause U. 40/97 S.).

En conséquence, c'est à juste titre que la SUVA a suivi les conclusions du Docteur A_____ et mis fin aux prestations dès le 31 août 2003. A noter qu'en raison de l'absence de contradictions entre les différents rapports médicaux, et de l'absence de zones d'ombre concernant la situation médicale du recourant, une expertise ne se justifie pas.

En conséquence, le recours ne peut être que rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier: La Présidente :

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe