RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1682/2020 **ATAS/361/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 avril 2022

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE	recourante
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	intimée

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente suppléante; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1973, travaille pour le compte de l'entreprise de nettoyage B_____ Sàrl, à Versoix. A ce titre, elle est obligatoirement assurée auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels.

2. Le 29 avril 2019, l'assurée a chuté dans les escaliers de son immeuble et a subi une contusion au niveau occipital et une commotion cérébrale avec perte de connaissance. L'assurée a été prise en charge par le Dr C_____, du Centre médico-chirurgical du E_____, qui a prescrit des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Un arrêt de travail à 100% lui a été délivré. La SUVA a pris en charge le cas.

3. Selon un rapport de sortie des HUG du 29 mai 2019, l'assurée a été hospitalisée du 10 mai au 11 mai 2019 dans le service de chirurgie thoracique et endocrinienne pour une chirurgie élective relevant de l'assurance-maladie et une incapacité de travail lui a été délivrée jusqu'au 21 mai 2019.

4. L'IRM cervicale pratiquée le 4 juillet 2019 a mis en évidence une discopathie protrusive en C5-C6, une discopathie moins marquée en C6-C7, une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, ainsi que de discrètes discarthroses dégénératives.

5. Un scanner cérébral avec angioCT a été effectué le 3 septembre 2019. L'examen n'a pas objectivé d'anomalie parenchymateuse suspecte, ni d'anomalie sur le polygone de Willis, il n'y avait pas de lésion notamment du pariétal gauche ni du cadre osseux. Une calcification en regard du bulbe carotidien gauche avec une plaque sous-jacente a été mise en évidence, mais n'entraînant pas de sténose significative à ce jour.

6. Par courrier du 14 octobre 2019, la SUVA a informé l'assurée que les troubles incapacitants dès le 28 mai 2019 n'étaient pas consécutifs à l'accident du 29 avril 2019 et que des prestations d'assurance ne pouvaient être versées.

7. Par rapport du 5 décembre 2019, le Dr C_____, chirurgien orthopédiste, indique que depuis l'accident du 29 avril 2019, la patiente présente des douleurs importantes au niveau de la région cervicobrachiale qui irradient vers les mains et épaule droite, réfractaires aux traitements. La patiente a déclaré n'avoir jamais eu de problème au niveau nucal auparavant. Selon le Dr C_____, les plaintes de sa patiente concernent l'accident du 29 avril 2019.

8. La SUVA a soumis le cas au Dr D_____, médecin des assurances. Par avis du 18 décembre 2019, ce dernier a relevé que l'assurée présentait déjà avant l'accident une arthrose cervicale du ressort de l'assurance-maladie, que l'accident n'avait causé aucune lésion déstabilisante comme une fracture ou une luxation et que trois mois après le sinistre, l'accident ne jouait plus aucun rôle au degré de la vraisemblance prépondérante.

9. Par décision du 13 janvier 2020, la SUVA, se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, a mis fin aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) au 31 juillet 2019.

10. L'assurée, représentée alors par CARITAS, a formé opposition le 12 février 2020, contestant l'appréciation de sa situation médicale. Elle a communiqué par la suite le résultat d'une IRM cervicale pratiquée le 21 février 2020.

11. A la demande de la SUVA, l'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement le 24 février 2020. Dans son appréciation du 25 février 2020, le Dr D_____ a diagnostiqué un traumatisme du rachis cervical du 29 avril 2019 et une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale avec discarthrose, uncarthrose et des signes évidents de dégénérescence discale globale de la colonne vertébrale et cervicale, confirmée par l'IRM réalisée récemment. Sur le plan assécurologique, il a considéré qu'il ne pouvait être retenu un lien de causalité entre l'événement annoncé et les lésions de type arthrose constatées, qui sont de type dégénératif.

12. Par décision du 15 mai 2020 notifiée au mandataire, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée, se référant à l'avis du médecin d'arrondissement.

13. Par acte (non signé) daté du 15 juin 2020, l'assurée a interjeté recours, relevant qu'elle était toujours en incapacité de travail suite à cet accident. La recourante a signé son recours dans le délai imparti par le greffe de la chambre de céans.

14. Dans sa réponse du 20 août 2020, la SUVA (ci-après l'intimée), représentée par son conseil, s'en remet à justice s'agissant de la recevabilité du recours et, sur le fond, conclut à son rejet.

15. La recourante, dans son écriture du 15 septembre 2020, persiste dans ses conclusions et produit des rapports médicaux des HUG.

16. Invitée à se déterminer, l'intimée relève que compte tenu desdits rapports, notamment de la discordance entre l'imagerie et la symptomatologie, c'est en toute logique que les médecins des HUG ont dirigé la prise en charge du cas sur le terrain psychiatrique. L'intimée persiste intégralement dans ses conclusions.

17. A la requête de la chambre de céans, l'intimée a produit le suivi de son courrier A+ du 15 mai 2020 et s'en rapporte à justice quant à la recevabilité du recours, ne connaissant pas la date à laquelle le recours a été interjeté.

18. Par courrier du 18 mars 2022, la recourante conclut à la recevabilité de son recours.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 60 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 al. 2 LPGA).

   Le délai commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (cf. 38 al. 3 LPGA). Les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à La Poste suisse (art. 39 al. 2 LPGA).

   En l'occurrence, la décision querellée a été distribuée à l'adresse du mandataire de la recourante le samedi 16 mai 2020, selon le suivi de l'envoi A+. Le délai de recours a commencé à courir le 17 juin et est arrivé à échéance le lundi 15 juin 2020.

   Posté le 15 juin 2020 et signé dans le délai imparti par le greffe de la chambre de céans, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations au-delà du 31 juillet 2019. Il s'agit par conséquent de déterminer si les troubles présentés par l'assurée postérieurement à cette date sont en lien de causalité avec l'événement du 29 avril 2019.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au

corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

   Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

   Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

   Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est

plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

9. En l'espèce, suite à une chute dans les escaliers, la recourante a subi un traumatisme du rachis cervical. Elle a développé par la suite des douleurs importantes de la région cervicobrachiale qui irradient vers les mains et l'épaule droite, réfractaires aux traitements. Une IRM cervicale pratiquée le 4 juillet 2019 a mis en évidence une discopathie protrusive en C5-C6, moins marquée en C6-C7, et une uncarthrose C5C6 et C6-C7. Il n'y avait pas de malformation de la charnière cervico-occipitale, pas de tassement vertébral, ni de listhésis. Le scanner cérébral avec angioCT du 3 septembre 2019 n'a pas objectivé d'anomalie parenchymateuse suspecte, ni de lésion pariétale gauche et du cadre osseux.

   Le Dr POLIC, médecin traitant de la recourante, indiquait dans son rapport du 5 décembre 2019 que sa patiente n'a jamais eu de problème auparavant à la région nucale, de sorte que ses plaintes concernent l'accident du 29 avril 2019.

   Selon l'avis du 9 janvier 2020 du Dr D_____, médecin d'arrondissement, la recourante présentait déjà une arthrose cervicale avant l'accident. Dès lors qu'il n'y a pas de lésion déstabilisante comme une fracture ou une luxation, les suites de l'accident ne jouent plus aucun rôle au degré de la vraisemblance prépondérante trois mois après l'accident et il convenait de clôturer le cas. Lors de l'examen du 2 février 2020, le Dr D_____ a relevé les plaintes importantes de l'assurée lors de l'élévation de l'épaule, ainsi que lors de la mobilisation de la colonne vertébrale, une force semblant diminuée au niveau de la main droite et une surélévation de l'épaule droite limitée et déclarée comme algique. La dernière IRM du 21 février 2020 a mis en évidence une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale. Le médecin d'arrondissement a expliqué à l'assurée que sur le plan assécurologique, il ne pouvait pas retenir un lien de causalité entre l'événement annoncé et les lésions de type arthrose constatées. Il partageait l'avis du médecin

traitant selon lequel l'incapacité de travail est tout à fait nécessaire dans ce contexte, mais les liens avec l'événement annoncé sont désormais éteints plus de six mois après l'événement.

Au vu de l'importante pathologie dégénérative de la colonne vertébrale et cervicale, objectivée par les IRM et scanner, la chambre de céans se rallie aux avis probants du Dr D_____.

10. La recourante conteste la décision querellée en se référant à l'avis de son médecin traitant. A ce propos, la chambre de céans relève que ce dernier émet un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » qui ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales.

    La recourante a produit un rapport de la consultation spécialisée du rachis des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), daté du 11 février 2020. Les médecins ont diagnostiqué des cervicobrachialgies droites post-traumatiques sans argument formel pour un syndrome radiculaire irritatif et un probable état dépressif réactionnel. La discordance entre l'imagerie et la symptomatologie va contre un syndrome radiculaire du membre doit. Les médecins estimaient que la prise en charge devait être axée sur une rééducation physique, passant notamment par la physiothérapie. Selon un rapport de consultation des HUG du 17 juin 2020, le diagnostic retenu était une discopathie pluri-étagée notamment au niveau C5-C6 et C6-C7, sans conflit radiculaire franc. Les médecins ont proposé une consultation multidisciplinaire à Beau-Séjour (physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue et psychiatre) pour trouver la meilleure prise en charge possible sur sa douleur actuelle.

    La chambre de céans constate que les HUG ont également diagnostiqué une discopathie pluri-étagée, soit une atteinte dégénérative. Pour le surplus, ils ne se sont pas prononcés sur le lien de causalité. Les rapports des HUG ne permettent ainsi pas de remettre en cause les conclusions convaincantes du médecin d'arrondissement, selon lesquels les troubles présentés par la recourante ne sont plus en lien de causalité avec l'accident, trois mois après l'événement, selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, l'intimée était fondée à supprimer les prestations d'assurance au 31 juillet 2019.

11. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

    Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À 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 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	La présidente suppléante
Marguerite MFEGUE AYMON	Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le