RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1720/2022 **ATAS/66/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 février 2023

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/ Monsieur B_____, à LES AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Aleksandra PETROVSKA	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN	intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1966, a été engagé le 8 juin 2020 en qualité d'aide peintre par la société C_____ (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 20 août 2020, alors qu'il prenait le matériel nécessaire pour commencer à travailler sur le chantier, l'assuré s'est encoublé, est tombé et a perdu connaissance.

L'assuré a, depuis cet accident, été en incapacité de travail totale.

c. Le 27 août 2020, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident professionnel du 20 août 2020.

d. Le 28 octobre 2020, l'assuré a subi une IRM lombaire.

Dans un rapport de consultation du 30 novembre 2020, le docteur D_____, médecin interne en médecine du sport et médecin traitant de l'assuré, a relevé que l'IRM avait montré une discopathie pluri-étagée du rachis dorsolombaire prédominant en L5 et S1 avec une dessiccation et pincement discal de l'ordre de 50 % avec un débord disco-ostéophytique circonférentiel arrivant au contact de l'émergence de la racine L5-S1 à droite.

e. L'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 7 au 27 avril 2021. Dans un rapport du 19 mai 2021, les médecins de la CRR ont relevé qu'« en lombaire, le patient n'a[vait] plus de plainte ».

f. Le 18 octobre 2021, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Selon le rapport de ce médecin du 21 octobre 2021, l'assuré avait déclaré des douleurs à la cheville droite. En ce qui concernait le dos, et en particulier la région lombaire, il n'avait signalé aucune douleur ni trouble de la motricité des membres inférieurs. Dans son appréciation médicale, le médecin a retenu, en ce qui concernait l'atteinte lombaire, un état antérieur évident démontré à l'IRM du 28 octobre 2020 qui n'était pas imputable à l'évènement du 20 août 2020. I'IRM en question mettait en évidence une discopathie pluri-étagée du rachis dorso-lombaire prédominant en L5-S1 dans une moindre mesure en L3-L4 et L4-L5 avec un pincement discal en L5-S1 associé à un débord disco-ostéopathique circonférentiel en contact avec la racine S1 à droite. Il n'y avait aucune atteinte traumatique. En revanche, s'agissant de la cheville droite, il proposait de poursuivre les investigations.

g. Le 21 mars 2022, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin d'arrondissement, a relevé qu'il était difficile d'identifier une atteinte radiculaire, avec un trouble sensitif intéressant la face médiale de la jambe (L4) et une diminution de l'extension (L4) et de la flexion du genou (L5), de l'extension (L4-L5) et de la flexion de la cheville (S1). Les lombalgies et la faiblesse du membre inférieur droit n'étaient pas apparues immédiatement après l'accident. Par ailleurs, tant la consultation neurochirurgicale que le bilan ENMG s'étaient avérés sans pathologie. L'imagerie de la colonne lombaire était aussi sans particularité.

B. **a.** Par décision du 24 mars 2022, la CNA a mis fin « uniquement [aux] prestations concernant [les] troubles lombaires au 31 mars 2022 » au motif que les troubles persistant au niveau de la colonne lombaire n'avaient plus aucun lien de causalité avec l'accident. Par contre, en ce qui concernait les autres troubles, la CNA continuait leur prise en charge au niveau des indemnités journalières et frais de traitement.

b. Le 22 avril 2022, l'assuré a formé opposition à la décision du 24 mars 2022, faisant valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis son accident. Il continuait à être suivi pour des séances de physiothérapie. Il a produit un certificat médical du Dr D_____ attestant d'une incapacité de travail totale pour le mois d'avril 2022.

c. Par décision sur opposition du 26 avril 2022, la CNA a maintenu sa position. Il ressortait de l'appréciation médicale du Dr E_____ que l'atteinte lombaire résultait d'un état antérieur évident démontré à l'IRM du 28 octobre 2020 qui n'était pas imputable à l'évènement du 20 août 2020. Cette appréciation n'était pas remise en cause par les pièces au dossier.

C. **a.** Parallèlement, par décision sur opposition du 30 mai 2022, la CNA a mis un terme au versement des prestations d'assurance pour la cheville droite et le pied droit au 8 mai 2022.

b. Par arrêt du 21 octobre 2022, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), statuant d'accord entre les parties, a annulé la décision du 30 mai 2022 et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS/931/2022).

D. **a.** Le 27 mai 2022, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition du 26 avril 2022 par-devant la CJCAS, concluant à son annulation et à la réalisation d'une expertise médicale. Son état de santé ne s'était pas amélioré depuis son accident. Il présentait toujours une incapacité totale de travailler, comme en témoignaient les certificats d'arrêts de travail du Dr D_____.

À l'appui de son recours, il a produit un certificat médical du Dr D_____ attestant d'une incapacité de travail totale du 1er mai au 31 mai 2022, ainsi qu'une liste de ses prochains rendez-vous en physiothérapie.

b. Par réponse du 8 juin 2022, la CNA a répondu que la persistance des troubles, avérée ou non, n'était pas déterminante dès lors que seule se posait la question de l'existence d'une relation de causalité naturelle entre l'atteinte lombaire et l'accident. Or, il ressort des appréciations des Drs E_____ et F_____ qu'en ce qui concernait les troubles de la colonne lombaire, l'accident avait cessé de déployer ses effets délétères au plus tard six mois après la survenance de l'accident. Si le Dr D_____ continuait à attester de la présence de troubles, il ne s'était pas prononcé sur la causalité de ceux-ci avec l'accident. Le dossier ne contenait ainsi aucun rapport circonstancié permettant de contredire les rapports des Drs E_____ et F_____.

c. Par réplique du 15 août 2022, l'assuré a persisté dans ses conclusions, faisant valoir que les éléments au dossier démontraient que les troubles lombaires persistaient et étaient en lien de causalité avec son accident. Compte tenu des avis médicaux divergents, seule une expertise permettrait de déterminer si les troubles persistant étaient en lien de causalité avec l'accident.

d. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant (soit la couverture des frais de traitement en lien avec les troubles lombaires) au-delà du 31 mars 2022, en particulier sur la question du lien de causalité entre l'événement du 20 août 2020 et les atteintes lombaires. On relèvera à cet égard que le lien de causalité entre ledit événement et les atteintes à la cheville droite et au pied droit du recourant fait l'objet d'une procédure séparée, la cause ayant été renvoyée par la chambre de céans à la CNA pour instruction complémentaire, et cela conformément à la proposition de l'intimée du 18 août 2022 (cf. ATAS/931/2022 du 21 octobre 2022).

2.1 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).

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).

2.2 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation

anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

2.3 En l'espèce, la chambre de céans relève à titre liminaire que l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA étaient remplies s'agissant de l'événement du 20 août 2020. Se pose la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié la persistance d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs lombaires et l'événement accidentel au-delà du 31 mars 2022.

Sur la base de l'appréciation médicale du Dr E_____ du 21 octobre 2021, l'intimée a considéré que les troubles persistant au niveau de la colonne lombaire n'avaient plus aucun lien de causalité avec l'événement du 20 août 2020 et a décidé d'arrêter de prester après le 31 mars 2022. Cette appréciation est clairement exposée, dûment motivée et convaincante. Il en ressort notamment que l'examen clinique du médecin confirmait une évolution favorable sans douleur ni syndrome lombo-vertébral clinique, ni atteinte motrice. Il y avait un état antérieur évident démontré à l'IRM du 28 octobre 2020, qui n'était pas imputable à l'évènement du 20 août 2020.

L'analyse du Dr E_____ est compatible avec les plaintes du recourant, qui, selon les rapports du Dr E_____ du 21 octobre 2021 et des médecins du CRR du 19 mai 2021, n'avait signalé aucune douleur dans la région lombaire. Elle est également conforme aux conclusions du Dr D_____ s'agissant de l'IRM lombaire et au constat, relevé par le Dr F_____, selon lequel les lombalgies n'étaient pas apparues immédiatement après l'accident.

Aucun indice concret au dossier ne permet de mettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr E_____. Le recourant n'a apporté aucune pièce médicale attestant de ce que les atteintes lombaires seraient en lien de causalité avec l'accident. Le fait que le médecin traitant du recourant continue à attester d'une incapacité de travail totale ne lui est d'aucun secours. Conformément à la jurisprudence précitée, il n'est en effet pas exigé de l'assureur-accident qu'il apporte la preuve négative qu'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé. On relèvera à cet égard que l'atteinte principale évoquée au dossier porte sur la cheville droite. Or, il ressort de l'ATAS/931/2022 précité que l'intimée effectue des investigations supplémentaires en lien avec cette affection.

Ainsi, au vu de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, il convient de suivre les conclusions du Dr E_____ et de retenir que l'atteinte lombaire provient d'un état antérieur qui n'est pas imputable à l'événement du 20 août 2020. Le lien de causalité entre l'atteinte lombaire et l'événement du 20 août 2020 doit dès lors être nié au-delà du 31 mars 2022 (date retenue par l'intimée pour arrêter de prester).

L'intimée était en conséquence en droit de mettre fin à ses prestations (en particulier les frais de traitement) concernant les troubles lombaires. La décision entreprise sera partant confirmée.

La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

3. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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