REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2528/2012 **ATAS/177/2013**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 février 2013

9ème Chambre

En la cause

Madame L_____, domiciliée à Genève recourante

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sis Service juridique Prestations; Avenue Perdtemps 23, 1260 Nyon 1 Intimée

Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame L_____, née en 1971, a été liée à la Fondation X_____ de Genève par deux contrats de travail à durée indéterminée en qualité de "responsable de l'atelier de formation "mouvement/danse". Le premier contrat s'est étendu du 8 novembre 2010 au 20 mai 2011, le second du 11 janvier au 2 février 2012.

2. A ce titre, elle était assurée contre le risque accident auprès de GENERALI ASSURANCES SA.

3. Le 13 mai 2011, alors qu'elle effectuait un mouvement de danse, elle "a chuté et est tombée sur le dos" (déclaration d'accident).

4. Les consultations avec le médecin-traitant, le Dr M_____, ont uniquement eu lieu par téléphone, ce que les plaintes initiales avaient autorisé, selon ce praticien. Celui-ci a signé un bon de physiothérapie le 16 mai 2011 - renouvelé par la suite à plusieurs reprises - et a retenu le diagnostic de lombalgies post chute; aucun arrêt de travail n'a été prescrit.

5. Le 7 octobre 2011, la Dresse P_____, orthopédiste et médecin-conseil de l'assurance-accidents, a considéré que le cas était terminé, sous réserve d'une rechute.

6. En raison de lombalgies persistantes, l'assurée a continué à suivre régulièrement des soins physiothérapeutiques.

7. Sur conseil de son médecin-traitant donné en novembre 2011, elle a consulté le Dr Q_____, chirurgien orthopédiste, qui a préconisé un examen à l'IRM. Celui-ci, pratiqué le 16 janvier 2012, a révélé un "remaniement dégénératif à composante inflammatoire type MODIC I" de plusieurs plateaux vertébraux, une "volumineuse extrusion discale" des "dessication et pincement discal L4-L5 avec protrusion foraminale et extraformainale" ainsi que des "angiomes à composante vasculaire de 2 et 1 cm respectivement des corps vertébraux de D10 et D9".

8. A la suite de cet examen, une herniectomie L5-S1 a été effectuée le 20 janvier 2012. L'assurance a réservé la garantie d'hospitalisation demandée.

9. Selon la déclaration de sinistre du 7 février 2012, annonçant le cas comme une rechute, "depuis un certain temps [l'assurée] ressentait des douleurs au bassin et bas du dos permanentes et oscillantes".

10. Le chirurgien, Dr R_____ a retenu le diagnostic de "hernie discale L5-S1 droite volumineuse avec troubles neurologiques sensitivomoteurs". La symptomatologie douloureuse s'était améliorée deux semaines avant l'intervention, mais la patiente avait ressenti une perte de force dans la flexion plantaire en

particulier du pied droit, une anesthésie périnéale droite avec des troubles de la fonction sexuelle.

11. Par décision du 9 avril 2012, l'assurance a refusé la prise en charge des frais médicaux au-delà du 19 janvier 2012, le lien de causalité entre les troubles ayant donné lieu à l'intervention du 20 janvier 2012 et l'accident du 13 mai 2011 faisant défaut.

12. Cette décision a été confirmée sur opposition le 6 août 2012. Les conditions auxquelles une hernie discale pouvait être mise en relation avec un traumatisme accidentel ont été niées.

13. Par acte expédié le 20 août 2012, l'assurée recourt contre cette décision. Elle expose avoir fait une violente chute en mai 2011. Au vu de ses douleurs lombaires, son médecin l'avait envoyée consulter le Dr Q_____. C'est lors de l'IRM préconisée par ce dernier que la volumineuse hernie discale avait été diagnostiquée. La recourante avait bénéficié tout au long de sa carrière d'un suivi médical pointu: aucune hernie discale n'avait jamais été diagnostiquée. En outre, elle n'avait jamais eu de douleurs aussi persistantes qu'à la suite de la chute sus-évoquée.

14. L'assurance conclut au rejet du recours. Elle relève que les hernies discales ne sont considérées comme étant d'origine traumatique que lorsque le traumatisme était important. La chute de mai 2011 avait été relativement modérée en comparaison des exemples cités par la jurisprudence pour admettre qu'une hernie discale soit due à un accident. Elle n'avait pas entraîné d'arrêt de travail et l'assurée n'avait consulté son médecin que dix jours après le sinistre. Enfin, aucune paresthésie ni autre déficit sensitivomoteur n'avait été signalé dans les suites immédiates de l'accident.

15. L'assurée a indiqué avoir été suivie du 30 mai au 8 juillet, du 22 juillet au 13 août, du 14 septembre au 2 novembre ainsi que du 22 novembre 2011 au 20 avril 2012 par des physiothérapeutes. Ceux l'ayant traitée pendant les deux dernières périodes susmentionnées n'avaient pas adressé leur facture à l'assurance; c'est ainsi que cette dernière ignorait probablement que les soins physiothérapeutiques s'étaient poursuivis au-delà du mois de novembre 2011. Danseuse de carrière, elle avait souvent travaillé avec des douleurs. Malgré l'omniprésence des douleurs après la chute du 13 mai 2011, elle avait donc continué à travailler.

    Elle a, notamment, joint un extrait d'un article rédigé par un physiothérapeute relatif à la définition de la blessure chez le danseur d'où il ressort que les blessures et les douleurs font partie du quotidien d'un danseur professionnel.

16. A la suite de la réplique de l'assurée, l'intimée a requis des informations complémentaires du médecin-traitant. Celui-ci a indiqué qu'il n'y avait eu que des consultations téléphoniques à la suite de la chute du mois de mai 2011. Le fait que la physiothérapie s'était poursuivie au-delà du mois de septembre 2011 ne modifiait

pas l'appréciation de l'assurance. Le Dr M_____ n'avait mentionné aucune irradiation ou trouble neurologique déficitaire. Les troubles retenus par ce médecin et justifiant la physiothérapie étaient des lombalgies, soit des troubles beaucoup plus bénins que ceux engendrés par une hernie discale. Selon le médecin-conseil de l'assurance, à qui le dossier a été soumis une nouvelle fois, si la chute du mois de mai 2011 avait provoqué une hernie discale avec déficit sensitif, la recourante n'aurait plus pu danser en 2011, d'une part. D'autre part, son médecin-traitant aurait alors rapidement entrepris des investigations médicales. Or, aucun trouble moteur n'avait été relevé. Aucune symptomatologie radiculaire ni déficitaire n'avait été décrite, alors que de telles affections auraient limité la profession exercée par l'assurée. L'expression d'une hernie discale plusieurs mois après l'évènement accidentel qualifiable de banal n'était ainsi pas en lien de causalité avec celui-ci; une telle éventualité relevait tout au plus du domaine du possible.

17. L'assurée a relevé que les causes de hernies discales pouvaient, selon la littérature médicale à laquelle elle renvoie, être d'origine traumatique dans 12% à 15% des cas. Une IRM n'était pratiquée que s'il y avait résistance au traitement médical au-delà de 2 à 3 mois et dans certaines circonstances. 90% des sciatiques pouvaient être soulagées par des traitements en 3 à 4 mois. Par ailleurs, la recourante s'étonne de la position de l'assurance qui, dans un premier temps, refuse la prise en charge au motif qu'il n'y avait plus eu de traitement après quelques mois, puis relève ensuite l'absence d'incapacité de travail. Elle explique ne plus être danseuse; sa carrière d'interprète s'est terminée depuis plusieurs années. Elle était habituée à travailler avec des douleurs; même après le diagnostic de hernie discale en janvier 2012, elle n'avait pas eu d'arrêt de travail. La chute de mai 2011 avait cependant été suffisamment violente pour l'amener à faire une déclaration d'accident. L'absence d'amélioration à la suite du traitement classique de physiothérapie et d'ostéothérapie avait rendu nécessaire l'IRM, qui avait révélé la volumineuse hernie discale. Depuis l'opération, elle n'avait plus de douleurs.

    Elle a produit une attestation de l'ostéopathe répondant du ballet de X_____, qui l'a soignée du 30 mai au 28 juin 2011, pour une "lombo-radiculalgie non déficitaire post traumatique".

18. Par courrier du 17 décembre 2012, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 LOJ (RS/GE E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA (RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Interjeté dans le délai et la forme prescrits (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Est litigieuse la question de savoir si la hernie discale ayant donné lieu à l'intervention chirurgicale du 20 janvier 2012 est en lien de causalité avec l'accident dont a été victime l'assurée le 13 mai 2011.

a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident. 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; 122 V 230 consid. 1).

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 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a).

Le Tribunal fédéral a relevé que, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Tel était le cas lorsque l'accident revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Se référant à la pratique médicale, le Tribunal fédéral retient qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges ou un télescopage à grande vitesse sont des évènements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale traumatique (arrêts du Tribunal fédéral U 7/06 du 30 septembre 2002; U 307/2005 du 8 janvier 2007, consid. 7.2).

Lorsqu'une hernie discale est d'origine traumatique, l'assureur-accidents doit allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident,

l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 et les références citées).

Lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF non publié 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1).

b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; arrêt du Tribunal fédéral I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee).

c. 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 retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2).

d. En l'espèce, l'assurée a ressenti des douleurs lombaires consécutivement à la chute du mois de mai 2011. Son médecin a prescrit des soins de physiothérapie auxquels elle a recouru régulièrement, y compris jusqu'à l'opération de la hernie discale. Il est vraisemblable, au vu des explications que la recourante a fournies ainsi que de l'article qu'elle a produit, qui contient des références scientifiques, qu'elle possède, comme nombre de danseurs professionnels, une résistance accrue, voire une certaine accoutumance à la douleur. Il n'y a ainsi pas lieu de douter de son allégation selon laquelle elle a souffert de lombalgies importantes et persistantes depuis la chute jusqu'à l'intervention chirurgicale.

Cela étant, le médecin-conseil a relevé que le médecin-traitant n'avait pas jugé nécessaire de prescrire un arrêt de travail. La perte de force dans la flexion plantaire

ainsi que les troubles sensitifs et les troubles de la fonction sexuelle n'étaient apparus que deux semaines environ avant l'intervention chirurgicale. Le médecin-traitant n'avait pas relevé de troubles neurologiques déficitaires, ni en mai ni en novembre 2011. Enfin, la chute n'avait pas été axiale et l'accident était qualifiable de banal. Au vu de ces éléments, la relation de causalité entre la hernie discale et la chute ne paraissait, toujours selon le médecin-conseil, pas probable, mais tout au plus possible.

Les explications données par le médecin-conseil sont claires. Elles sont corroborées par les éléments au dossier. En effet, la recourante n'a pas subi d'incapacité de travail après la chute. Par ailleurs, son médecin-traitant n'a pas constaté de déficits neurologiques. Cet élément ressort également de l'attestation de l'ostéopathe répondant du ballet de X_____, qui a traité la recourante de mai à juin 2011 et mentionne que la lombo-radiculalgie était non déficitaire. En outre, bien que la recourante ait pu ressentir sa chute comme importante, il ne s'agit pas d'une chute d'une violence particulière. Selon ses explications, elle a chuté en effectuant un mouvement de danse. Une telle chute n'est en rien comparable avec une chute de 10 m de hauteur, une chute avec port de charges ou un télescopage à grande vitesse, soit les exemples retenus par la jurisprudence comme étant des évènements propres à entraîner une hernie discale. La chute ne revêt donc pas une importance particulière.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'intimée a considéré à juste titre que le lien de causalité entre la hernie discale et l'accident de mai 2011 n'était pas probable. Elle était ainsi fondée à refuser la prise en charge de l'opération de janvier 2012.

Le recours est donc rejeté.

* * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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 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
Brigitte BABEL	Florence KRAUSKOPF

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