RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2574/2005 **ATAS/178/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 21 février 2006

En la cause

Monsieur R_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître OCHSNER Pierre	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, ayant son siège Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, né en 1965, travaillait dans le cadre d'une occupation temporaire organisée par la caisse de chômage SIT. Il était à ce titre assuré auprès de la SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA), pour les accidents professionnels et non-professionnels.

2. Le 24 février 2004, il a été victime d'une chute sur le dos dans le cadre de son travail. Le Docteur A_____, consulté le 19 mars 2004, a diagnostiqué des troubles statiques de la colonne lombaire et des contusions lombaires. L'assuré a été incapable de travailler du 19 mars au 6 juin 2004. Le traitement a pris fin le 2 juin 2004.

3. Le 30 novembre 2004, il a à nouveau présenté une incapacité de travail suite à des contractures lombaires.

   Interrogé par la SUVA, le Docteur A_____ a indiqué qu'il s'agissait d'une rechute, faisant suite à l'accident du 24 février 2004. Il a estimé, dans le questionnaire rempli le 12 janvier 2005, que la reprise du travail pourrait avoir lieu, probablement en février 2005.

   Il résulte du rapport établi par le Centre d'imagerie Rive Droite le 21 décembre 2004 à l'attention du Docteur A_____, que l'assuré souffre d'un trouble statique et dégénératif de la colonne lombaire, sans qu'il y ait de lésion traumatique récente ou ancienne mise en évidence.

4. Par décision du 21 janvier 2005, la SUVA a informé l'intéressé qu'elle lui refusait l'octroi de prestations au motif que ses troubles n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 24 février 2004.

5. L'intéressé, représenté par Maître Pierre OCHSNER, a formé opposition le 17 février 2005 à ladite décision.

6. La SUVA a soumis le cas de l'assuré au Docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il lui a été demandé de répondre à la question de savoir si la nouvelle incapacité de travail survenue dès le 30 novembre 2004 était ou non en rapport de causalité avec l'accident du 24 février 2004. Selon le Docteur B_____, une contusion lombaire ne peut générer des complications à long terme susceptibles de rendre un traitement nécessaire, encore moins une incapacité de travail. Dans une telle situation, les conséquences délétères de l'accident doivent être considérées comme étant terminées au plus tard six mois après l'accident. Il a ainsi répondu par la négative à la question de savoir si la nouvelle incapacité de

travail dès le 30 novembre 2004 était ou non en rapport de causalité avec l'accident survenu le 24 février 2004.

7. Par décision sur opposition du 29 avril 2005, la SUVA, se fondant sur les conclusions du Docteur B_____, a rejeté l'opposition.

8. L'assuré a interjeté recours le 15 juillet 2005. Il se plaint de ce que le Docteur B_____ a en réalité rendu un rapport général et abstrait, déclare qu'il aurait souhaité être entendu et examiné par le médecin-conseil de la SUVA, et conclut dès lors préalablement à ce qu'une expertise médicale complémentaire soit ordonnée. Il demande par ailleurs à être entendu.

9. Dans sa réponse du 22 août 2005, la SUVA s'est bornée à indiquer que sa décision était en tous points conforme aux règles jurisprudentielles prévalant en matière de troubles dorso-lombaires et que, partant, elle devait être confirmée.

10. Le Docteur A_____ a été entendu en qualité de témoin par le Tribunal de céans le 7 février 2006. L'assuré ne s'est pas présenté à l'audience. Il était cependant représenté par son mandataire. Le médecin a confirmé le diagnostic de contusion lombaire posé lorsque l'assuré était venu le consulter le 19 mars 2004 à la suite de la chute survenue le 24 février 2004. Il avait fait établir des radiographies le 22 mars 2004, lesquelles ne montraient que des troubles dégénératifs de la colonne lombaire. Il a ainsi été en mesure d'affirmer que les indications figurant sur le rapport du Centre d'imagerie Rive Droite du 21 décembre 2004 correspondaient en tous points à ce qu'il avait pu lui-même constater.

    S'agissant de la "rechute" du mois de novembre 2004, il a déclaré:

    "L'assuré est revenu me voir fin novembre 2004 se plaignant à nouveau de douleurs lombaires. Pour lui il était clair qu'il s'agissait des suites de son accident du 24 février 2004. En réalité je ne peux quant à moi l'affirmer. Je relève qu'en novembre le temps est plus humide et plus froid et que les douleurs pouvaient venir des troubles dégénératifs aussi. Il est difficile d'établir précisément la part due aux troubles dégénératifs et celle due à la chute. Cependant, le fait qu'il ne soit venu me voir que quelques mois après la fin du traitement fait plutôt penser que l'effet-accident était pratiquement éteint.

    Je pense que c'est surtout en raison des troubles dégénératifs que le patient a souffert de douleurs à nouveau dès novembre 2004. Pour moi, le traitement était en effet terminé le 2 juin 2004 et une reprise de travail avait été prévue pour le 7 juin 2004".

11. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si les douleurs lombaires ayant entraîné une incapacité de travail à compter du 30 novembre 2004 engagent la responsabilité de la SUVA au titre de rechute de l'accident du 24 février 2004.

5. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquates avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

   Le droit à des prestations découlant d'un accident 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se

présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références).

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 relation avec les prestations dont le recourant prétend au versement (prestations pour soins, remboursement de frais et indemnités journalières), il convient d'ajouter qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, ces dernières ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident assuré. En effet, la jurisprudence a souligné à cet égard (ATFA non publié du 9 juillet 2002 en la cause U 157/01) que 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 (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne

1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

6. 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 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).

7. En l'espèce, il résulte des radiographies auxquelles a procédé le Centre d'imagerie Rive Droite, que seuls des troubles dégénératifs existaient; aucune lésion osseuse n'a pu être mise en évidence. Le médecin traitant l'a du reste confirmé. Celui-ci avait au surplus considéré que le traitement était terminé en juin 2004 et que son patient pouvait reprendre son travail. Il a clairement indiqué, lorsqu'il a été entendu par le Tribunal de céans, que les douleurs dont se plaignait l'assuré depuis novembre 2004 étaient plutôt dues aux troubles dégénératifs.

   Par ailleurs, il est également exclu que ces douleurs soient en lien avec l'évènement de février 2004 uniquement, au vu de la jurisprudence. En effet, selon l'expérience

acquise en matière de médecine des accidents, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 p. 45; ATFA CNA c/G. du 5 février 1999, U 52/98; ATA N. du 2 mars 1999). Ainsi, un traumatisme dorso-lombaire sans lésion osseuse cesse en principe de produire ses effets après plusieurs mois (ATFA O. du 3 avril 1995, U 194/94; ATFA M. du 22 novembre 1993, U 99/93).

Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance requis que les troubles de la colonne lombaire présentés par l'assuré au-delà du 7 juin 2004, ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 24 février 2004.

A noter que la cause est suffisamment instruite, de sorte qu'une expertise médicale n'a pas à être diligentée, comme le demande le recourant. L'instruction par audition de témoin a permis de clarifier la question de la causalité naturelle, et une expertise n'apporterait pas d'autres éléments utiles.

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).

La greffière	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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