

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2968/2009

ATAS/459/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 29 avril 2010

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à SAINT PIERRE EN FAUCIGNY, FRANCE

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung; Fluhmattstrasse 1; case postale 4358, 6002 LUCERNE

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Maria GOMEZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en 1952, est employé en tant que chef d'atelier chez X_____ SA et assuré à ce titre contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).
2. Le 27 avril 2008, l'assuré a fait une chute en marchant sur le sol mouillé de sa maison. Il a éprouvé de violentes douleurs au bas du dos mais, pensant qu'il s'agissait d'une banale contusion sans gravité, il n'a, dans un premier temps, ni consulté de médecin, ni cessé le travail.
3. Le 9 juin 2008, l'assuré a finalement consulté le Dr A_____, radiologue. Les radiographies du bassin et de la colonne lombaire pratiquées par ce dernier ont mis en évidence une bascule pelvienne droite par inégalité de longueur des membres inférieurs (plus de 7 mm à gauche), une déminéralisation squelettique diffuse sans tassement vertébral majeur et un anthélistésis de L5 sur S1 pouvant être en rapport avec une solution de continuité des isthmes de L5 avec diminution de hauteur résultante du disque L5-S1, mais pas de coxopathie radiologique.
4. Le 10 juin 2008, l'assuré a consulté le Dr B_____, médecin généraliste à Bonneville. Ce médecin a établi en date du 25 août 2008 un rapport dans lequel il indique avoir constaté une lombalgie droite résultant d'un accident survenu le 27 avril 2008, un signe de Schober à 3.5 cm mais pas de signe de Lasègue. Le médecin ajoute avoir prescrit au patient du Voltarène 75 et du paracétamol et lui avoir en outre remis une fiche d'exercices à faire à domicile. Le Dr B_____ a également indiqué que la consultation était *a priori* sans rapport avec un accident de travail.
5. Il ressort de la déclaration de sinistre LAA que l'assuré a été en incapacité de travail du 10 au 13 juin 2008, bien qu'aucun certificat médical n'atteste de ladite incapacité.
6. Le 5 juillet 2008, l'assuré a consulté le Dr C_____, diplômé de médecine orthopédique et thérapeutiques vertébrales et médecin généraliste à Bonneville. Ce dernier a diagnostiqué une lombosciatalgie et une lombalgie irradiant à la face externe de la cuisse droite depuis fin avril, impulsive aux éternuements. L'assuré a indiqué au médecin que ses douleurs avaient commencé après sa chute. Le Dr C_____ dit avoir observé une mobilité un peu diminuée par la douleur et un signe de Lasègue droit à 80°. Le médecin a en outre demandé un avis rhumatologique car il lui semblait percevoir un tassement cunéiforme de L5. Il a ajouté que le tableau lui semblait compatible avec les répercussions d'une chute.

7. Le 7 juillet 2008, une déclaration d'accident-bagatelle LAA a été adressée à la SUVA, spécifiant que l'assuré avait subi un écrasement de la colonne lombaire à la suite de sa chute du 27 avril 2008.
8. Le 11 septembre 2008, le Dr C_____ a confirmé le diagnostic de lombosciatalgie, ses constatations correspondant à celles contenues dans le certificat établi par ses soins le 5 juillet 2008. Il a prescrit des anti-inflammatoires, de la kinésithérapie et le port d'une ceinture lombaire. Le médecin a en outre spécifié que l'assuré souffrait d'obésité, facteur susceptible d'influencer défavorablement le cours de la guérison. Il n'a en revanche pas fait état d'une quelconque incapacité de travail mais précisait que le traitement devrait se poursuivre sur une période indéterminée.
9. Un scanner du rachis lombaire effectué le 30 septembre 2008 par le Dr D_____ a révélé l'absence de canal lombaire étroit de type constitutionnel, (le canal rachidien étant mesuré dans son diamètre antéro-postérieur entre 16 et 17 mm), et, sur le plan discal, un débord circonférentiel non significatif en L3-L4, une saillie discale médiane venant au contact du fourreau dural en L4-L5, un débord disco-ostéophytique circonférentiel à prédominance droite venant au contact du passage foraminal de la racine L5, associé à une arthrose articulaire postérieure adjacente. Le Dr D_____ concluait en faveur d'un rétrécissement canalaire d'origine acquise, essentiellement à l'étage L5-S1 droit, au contact de l'émergence de la racine L5, pouvant favoriser la symptomatologie clinique.
10. Dans un certificat établi le 13 novembre 2008, le Dr C_____ a constaté une sciatique S1 droite depuis la chute de l'assuré, une lombalgie basse, une irradiation à la face postérieure du membre inférieur droit, impulsive à la toux, un signe de Lhermitte positif, un signe de Lasègue bilatéral à 45° et une mobilité très diminuée.
11. Le 20 novembre 2008, l'assuré a adressé à la SUVA une déclaration de sinistre faisant état d'une rechute survenue le 12 novembre 2008.
12. Du 22 janvier au 31 mars 2009, l'assuré a été mis en arrêt de travail par le Dr C_____, qui a conclu à une lésion lombosciatique L5 droite présente depuis fin avril 2008 et préconisé une cure thermique. Dans un rapport établi le 28 janvier 2009, le Dr C_____ a indiqué ne pas avoir noté d'amélioration dans l'état de son patient. Il a ajouté que la durée du traitement ne pouvait être déterminée.
13. Le 30 janvier 2009, la SUVA, qui avait jusque-là pris en charge les frais occasionnés par la chute du 27 avril 2008, a signalé à l'assuré que l'évolution de son cas l'amenait à émettre des réserves pour ses troubles dorsaux et qu'elle suspendait toutes ses prestations dès le 22 janvier 2009.
14. Le 2 mars 2009, un inspecteur de la SUVA a eu un entretien avec l'assuré. Ce dernier a exposé qu'après sa chute, il avait d'abord pensé à une banale contusion sans gravité. Les douleurs s'étant toutefois accentuées au fil des jours et des semaines, il

avait fini par consulter un médecin. Dans un premier temps, il avait pris des médicaments afin de ne pas devoir interrompre son activité professionnelle. Une première interruption de travail avait néanmoins eu lieu en juin 2008. Son dos avait ensuite continué de le faire souffrir, les douleurs irradiation dans sa jambe droite. Malgré la médication, l'assuré avait dû interrompre son activité professionnelle le 22 janvier 2009. Il n'y avait pas eu d'évolution depuis, les douleurs persistant malgré les séances de physiothérapie.

15. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie auprès de la SUVA. Ce médecin a considéré, dans une appréciation émise le 16 avril 2009, que la prise en charge des troubles lombosciatalgiques de l'assuré au titre de séquelles de l'accident du 27 avril 2008 était sujette à caution.

Le Dr E_____ a confirmé la présence d'une atteinte sévère du segment L5-S1 avec pincement de l'espace inter-somatique, vide discal et ostéophytose circulaire (en particulier de localisation dorso-latérale où elle provoquait une sténose des foramens où circulent les racines L5), et arthrose inter-apophysaire L5-S1, rejoignant en cela les constatations du Dr D_____. Selon lui, c'est cette pathologie qui explique la lombosciatalgie dont souffre l'assuré.

Le Dr E_____ reconnaît que les lombalgies ont été importantes suite à la chute, mais relève qu'elles n'ont pas d'emblée été associées à des sciatalgies, lesquelles n'ont fait leur apparition que plusieurs semaines après l'accident. En effet, le Dr B_____, premier médecin consulté, n'a diagnostiqué dans un premier temps que des lombalgies, en spécifiant que le signe de Lasègue était négatif. Le Dr E_____ en tire la conclusion que l'évolution des douleurs constatée chez l'assuré n'est pas compatible avec une contusion du dos par choc axial car dans un tel cas, les douleurs immédiates sont importantes et atteignent leur intensité maximale dans les heures ou jours suivant l'accident, avant de se résorber au fil du temps.

Le Dr E_____ exclut également que la chute de l'assuré le 27 avril 2008 soit le facteur déclenchant d'une affection préexistante. A cet égard, il se réfère à la doctrine médicale, laquelle estime que, dans un tel cas, les symptômes d'un syndrome radiculaire se manifestent immédiatement ou dans un délai maximal de huit jours.

Le Dr E_____ en tire la conclusion que les lombosciatalgies de l'assuré sont donc liées à une sténose du trou de conjugaison, qui résulte d'une longue évolution à laquelle l'accident du 27 avril 2008 est étranger.

16. Le 28 avril 2009, la SUVA a rendu une décision niant le droit de l'assuré à ses prestations au-delà du 22 janvier 2009, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'accident du 27 avril 2008 et les douleurs qui persistaient encore.

17. Le 26 mai 2009, l'assuré s'est opposé à cette décision.

18. Par décision du 12 juin 2009, l'assureur a rejeté l'opposition en se référant à l'avis du Dr E_____.
19. Par courrier non daté reçu par la SUVA le 21 juillet 2009 et transmis par cette dernière au Tribunal de céans comme objet de sa compétence, l'assuré a contesté cette décision en précisant qu'il était hospitalisé depuis le 15 juillet 2009 et que ses douleurs étaient devenues insupportables.
20. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 28 septembre 2009, a conclu au rejet du recours en faisant valoir que l'avis médical du Dr E_____ sur lequel s'appuyait la décision litigieuse, doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
21. Le 12 octobre 2009, le Tribunal a transmis copie de la réponse de l'intimée au recourant et gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2), étant précisé que les modifications légales qu'elle contient constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes, de sorte qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu et que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise (ATF 130 V 345 consid. 3).
3. La décision litigieuse a été rendue le 12 juin 2009. Le recours, reçu par la SUVA le 27 juillet 2009 et transmis au Tribunal de céans conformément à l'art. 30 LPGA, respecte le délai de 30 jours prévu par l'art. 60 LPGA. Interjeté dans les forme et délai légaux, il est donc recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 22 janvier 2009. Il s'agit en particulier de déterminer si les lombosciatalgies dont l'intéressé souffre sont en rapport de causalité avec sa chute du 27 avril 2008.
5. 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. 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 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage "*post hoc ergo propter hoc*", lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

6. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1).
7. 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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

Le juge peut ainsi 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. Étant 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).

En outre, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

8. En l'espèce, le recourant s'est contenté de contester la décision de l'intimée sans fournir d'éléments permettant de mettre en doute l'appréciation médicale du Dr E_____.

Cette appréciation correspond par ailleurs aux critères jurisprudentiels développés ci-dessus en matière d'expertise. Elle est solidement étayée, se fonde sur le dossier médical de l'assuré, les rapports des praticiens consultés par ce dernier et l'analyse des radiographies.

Le Dr E_____ explique, références médicales à l'appui, que c'est l'aggravation des douleurs du recourant au fil des semaines et l'apparition tardive de nouveaux symptômes - en l'occurrence l'irradiation de la douleur vers les membres inférieurs - qui conduit à exclure l'hypothèse selon laquelle la chute du 27 avril 2008 aurait été le facteur déclenchant des troubles actuels du recourant. On relèvera en effet que le Dr B_____, que le recourant a consulté le 10 juin 2008, soit plus de quatre semaines après sa chute, a effectivement constaté alors une lombalgie sans sciatgie, avec un signe de Lasègue négatif (étant précisé que le diagnostic clinique d'une sciatgie est conditionné à la présence d'un signe de Lasègue positif).

Aucun élément médical ne vient contredire l'appréciation du Dr E_____. En effet, aucun des médecins ayant ausculté le recourant n'a établi de lien de causalité formel entre l'accident survenu le 27 avril 2008 et les lombosciatgies dont il a souffert par la suite.

Certes, le Dr C_____, dans son certificat du 5 juillet 2008, a indiqué que le tableau clinique de l'assuré lui paraissait compatible avec les répercussions d'une chute. La formulation de cette déclaration démontre cependant qu'il s'agit non pas d'une certitude mais seulement d'une impression, laquelle n'est étayée par aucun argument scientifique.

9. Compte tenu de ce qui précède, et en l'absence de tout élément permettant de mettre en doute l'appréciation du Dr E_____, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de ce dernier, lesquelles ont fondé la décision de l'intimée de mettre un terme au versement de ses prestations.

Mal fondé, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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