

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/328/2006

ATAS/196/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 28 février 2007

En la cause

Monsieur V_____, domicilié - (France)

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, ayant son siège Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimée

**Siégeant : Stéphane GRODECKI, Juge suppléant; Isabelle DUBOIS et
Maya CRAMER, Juges**

EN FAIT

1. Monsieur V_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 1954, était employé par le X_____ SA. A ce titre, il était assuré au titre de l'assurance-accidents obligatoire auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA ou l'intimée).
2. Le 21 décembre 2004, l'employeur a rempli une déclaration de sinistre LAA (accident) concernant l'assuré. Il a indiqué que celui-ci était tombé d'un élévateur le 20 novembre 2004 et que la partie du corps atteinte était le dos.
3. Le Centre Médical de Chêne-Bourg a attesté d'une incapacité totale de travail dès le 30 novembre 2004.
4. L'assuré a subi une scanographie lombaire en date du 6 décembre 2004. Le Dr A_____ a constaté une absence de toute lésion osseuse traumatique décelable. En revanche, il a relevé une très importante arthrose interapophysaire postérieure L4-L5, responsable d'une diminution importante de la taille des canaux latéraux, ainsi qu'une brévité congénitale des pédicules lombaires bas, responsable d'une sténose relative au canal lombaire.
5. Le 10 janvier 2005, l'assuré a repris le travail à 50%.
6. Le 31 mars 2005, le Centre Médical de Chêne-Bourg a derechef constaté une incapacité totale de travail.
7. Le 4 avril 2005, l'assuré a subi un IRM lombaire. Le Dr B_____ a confirmé l'absence de tassement. En revanche, elle a constaté une sténose canalaire importante au niveau L4-L5, sur une hernie discale sous-ligamentaire, ainsi qu'une arthrose postérieure bilatérale.
8. En date du 19 avril 2005, l'assuré a subi un électromyogramme. Celui-ci a mis en évidence des signes de souffrance neurogène chronique radiculaire L5 gauche, sans signe de dénervation active associée.
9. Le 26 avril 2005, l'assuré a consulté le Dr C_____, spécialiste en neurochirurgie, en neurotraumatologie et en chirurgie du rachis. Celui-ci a relevé un lassègue tronqué à gauche à 40%, ainsi qu'une douleur à la mobilisation de la hanche au niveau fessier et au niveau de la face latérale. Il a en outre constaté que le bilan para clinique mettait en évidence une atteinte neurogénelle 5 à gauche, avec canal lombaire d'origine arthrosique et une probable contrainte radiculaire L5 à gauche.
10. En date du 24 mai 2005, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Il a été constaté que les examens avaient mis en évidence des troubles

dégénératifs très importants ainsi que l'absence de lésion osseuse de type traumatique. Une consultation neurochirurgicale était préconisée.

11. Le Dr D_____, du service de neurochirurgie des "établissement hospitalier", a alors préconisé une hospitalisation à la "établissement hospitalier" de Réadaptation pour mettre au point un programme de rééducation. Il a en outre relevé que du fait que le patient était un sportif sans aucune limitation fonctionnelle avant son traumatisme et que les douleurs intenses ont débuté à la minute même de la chute, "on peut oublier toutes les lésions dégénératives sténosantes pluri-étagées dans la responsabilité de la douleur".
12. Le 30 juin 2005, le X_____ SA a cessé toute activité, ce qui a entraîné le licenciement de l'assuré.
13. En date du 19 août 2005, l'assuré a subi une cure d'hernioraphie sous coelioscopie sous anesthésie générale.
14. Le 29 septembre 2005, l'assuré a une nouvelle fois été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans un rapport, contenant une anamnèse, les déclarations du patient, un examen clinique et une appréciation motivée, le Dr E_____, a estimé qu'il existait des troubles dégénératifs importants au niveau lombaire, mais que les conséquences délétères de la chute étaient éteintes.
15. Par décision du 4 octobre 2005, la SUVA a alors clos le cas avec effet au 31 octobre 2005 au soir et a mis fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement).
16. Dite décision a été frappée d'opposition par courrier daté du 6 octobre 2005.
17. Cette opposition a été rejetée par décision du 2 novembre 2005. Il est relevé qu'aucun élément médical ne permet de mettre en doute les conclusions du Dr E_____, qui sont confirmées par les examens médicaux (scannographies lombaires, IRM lombaire, ElectroMyogramme).
18. La SUVA a toutefois accepté de prendre en charge un séjour à la "établissement hospitalier" de réadaptation à Sion. Dans deux rapports médicaux motivés des 20 décembre 2005 et 25 janvier 2006, les médecins de celle-ci ont relevé que l'assuré présentait des angoisses sur sa situation actuelle, une révolte d'avoir perdu son métier et l'impression d'avoir été floué par les assurances sociales. Il n'existait cependant pas d'affection sur le plan psychiatrique qui atteigne un seuil de diagnostic. S'agissant des lombalgies, il est constaté qu'il s'agit de lésions dégénératives pluri-étagées.
19. Par acte du 31 janvier 2006, l'assuré a interjeté un recours par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Il conclut, implicitement, à l'annulation de la

décision sur opposition du 2 novembre 2005 et à la constatation que les troubles dont il est affecté sont en relation avec l'événement du 30 novembre 2004.

20. Dit recours est accompagné de deux certificats des Drs F_____ et G_____, qui ont été consulté par le recourant.

Le premier, dans un certificat sibyllin, atteste que "cette hernie discale L4/L5 est probablement consécutive à son accident de travail le 30/11/2004".

Le second relève que l'assuré "présente une hernie discale L4-L5, très vraisemblablement provoquée par le traumatisme vertébral subi lors de la chute, sur son lieu de travail, le 30 novembre 2004".

21. Le 28 mars 2006, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle relève en particulier que les certificats des Dr F_____ et G_____ sont dépourvus de toute valeur probante.

L'intimée produit en outre une appréciation du Dr H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la SUVA. Se fondant sur un examen approfondi du dossier, y compris des radiographies, et examinant la littérature scientifique sur le domaine, le Dr H_____ expose que l'hypothèse proposée par les Drs F_____ et G_____ d'une étiologie traumatique de l'hernie discale L4/L5 ne peut être étayée.

22. Le recourant a été invité à répliquer et une copie du rapport du Dr H_____ lui a été transmise. Par courrier des 18 avril 2006 et 11 mai 2006, il a persisté dans ses conclusions. Il s'est notamment fondé sur le rapport médical 24 juin 2005 du Dr D_____, qui excluait toute possibilité de lésion dégénérative en raison de l'apparition des douleurs uniquement après sa chute. Il a en outre produit un nouveau certificat médical du Dr F_____ du 9 mai 2006 qui expose qu'il existe une causalité évidente entre les douleurs actuelles et la chute, car le patient avait une vie normale et n'avait jamais consulté pour son dos avant son traumatisme du 30 novembre 2004.

23. Dans sa réplique du 23 mai 2006, la SUVA a persisté dans ses conclusions en relevant que le Dr F_____ fondait son argumentation sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", qui n'est pas admissible comme moyen de preuve en droit des assurances sociales.

24. Sur ce, 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 1^{er} 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 2004, 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. 56V, al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal de céans 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Par ailleurs, si l'assuré est domicilié à l'étranger, le tribunal compétent est celui du canton de domicile de son dernier employeur en Suisse (art. 58 al. 2 LPGA). En l'espèce, le dernier employeur du recourant, qui réside en France, était domicilié à Chêne-Bourg.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2006, en dérogation à l'art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 octobre 2005.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), 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. En revanche, il n'est pas nécessaire 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, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). En revanche, le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, n° 141).

5. 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 ont besoin de documents que le médecin doit leur fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La tâche du médecin, précisée par la jurisprudence, consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). A cet égard, le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, *die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung* p. 297 et ss.; MORGER, *Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA*, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

6. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le TFA a en outre précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence précitée a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition pour clarifier les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

Il convient encore de préciser que 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 présomption 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 en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

7. En l'espèce, la majorité des rapports médicaux qui figurent au dossier démontrent que les lésions lombaires L4/L5 dont souffre le recourant ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'événement du 30 novembre 2004, à tout le moins depuis le 31 octobre 2005, date à laquelle la SUVA a cessé de prester.

Ainsi dans la scanographie du 6 décembre 2004, soit quelques jours seulement après la chute du recourant, aucune lésion osseuse traumatique n'est constatée. En revanche, une très importante arthrose interphébrale postérieure L4/L5 est diagnostiquée. Dans un IRM lombaire du 4 avril 2005, aucun tassement n'est en outre constaté. Enfin, le 26 avril 2005, le Dr C _____ a constaté que les atteintes lombaires sont d'origine arthrosique.

Ces constatations ressortent aussi très clairement des deux rapports du médecin d'arrondissement de la SUVA, du rapport de la "établissement hospitalier" de réadaptation ainsi que du rapport du Dr H _____. Le Tribunal de céans ne peut que relever que ces quatre rapports sont fondés sur une étude approfondie du dossier, prennent en compte les plaintes de l'assuré, posent l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et motivent leurs conclusions en se fondant sur de la littérature médicale. Ils doivent dès lors se voir reconnaître une force probante en application de la jurisprudence précitée.

Le Tribunal de céans ne peut donc que constater que l'absence de causalité naturelle entre l'événement du 30 novembre 2004 et les lésions lombaires L4/L5, dès le 31 octobre 2005, est établie à satisfaction de droit.

8. Certes, le recourant a produit des certificats médicaux des Drs F _____ et G _____ qui attestent de la vraisemblance d'un lien de causalité entre les troubles lombaires de l'assuré et l'événement du 30 novembre 2004. Le rapport du Dr D _____, daté du 24 juin 2005, contient en outre des conclusions similaires. Ces documents ne sont toutefois pas aptes à remettre en cause les conclusions médicales qui ont été exposées dans le considérant précédent.

Premièrement, pour ces trois médecins, le fait que, depuis son accident, l'assuré se plaint constamment de douleurs lombaires, ce qui n'était pas le cas auparavant, démontre la vraisemblance de l'existence d'un rapport de cause à effet entre cet accident et ses lombalgies. On ne peut cependant adhérer à ce point de vue, puisque ces médecins se contentent d'alléguer l'existence d'un lien de causalité en vertu du principe «post hoc, ergo propter hoc», lequel n'a pas de valeur probante, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a précisé (ATF 119 V 341 s. consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid.3b).

Deuxièmement, ces certificats médicaux ne remplissent en aucun cas les conditions nécessaires à se voir reconnaître une valeur probante selon la jurisprudence. Ils ne sont pas motivés, ne sont pas fondés sur une étude approfondie du dossier et ne décrivent pas le contexte médical avec suffisamment de précision.

Troisièmement, tant le Dr F _____ que le Dr G _____ indiquent que le lien de causalité est "vraisemblable". Or, la seule vraisemblance ne suffit pas au juge des assurances sociales pour trancher la question de la causalité naturelle. Il doit, au contraire, se fonder sur le critère de la vraisemblance prépondérante, qui

n'est ni démontrée, ni même alléguée par ces médecins. Ces derniers n'ont ainsi pas démontré que la causalité était probable, degré de vraisemblance pourtant nécessaire à l'admission d'un rapport de causalité naturelle.

Enfin, les Drs F_____ et G_____ sont les médecins traitants du recourant. Partant, en application de la jurisprudence déjà citée, il convient de tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par leur position de confident privilégié, les médecins traitants ont, dans le doute, tendance à trancher en faveur de leur patient. La simple vraisemblance, exposée avec réserve d'ailleurs, qui est mentionnée dans les certificats médicaux des 18 novembre 2005, 21 novembre 2005 et 9 mai 2006 ne saurait dès lors emporter la conviction du Tribunal de céans.

9. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise ne peut être que confirmée et le recours rejeté. La procédure étant gratuite, aucun émolument ne sera perçu (art. 61 let. a LPGA). La SUVA, bien qu'obtenant entièrement gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61, let. g LPGA).

**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 interjeté le 31 janvier 2006 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); 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

Le juge suppléant

Sylvie CHAMOUX

Stéphane GRODECKI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le