



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3358/2018

ATAS/260/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 avril 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à 1292 CHAMBESY

recourant

contre

BALOISE ASSURANCE SA, Service juridique, Aeschengraben
21, case postale, 4002 BALE, comparant avec élection de domicile
en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Le 22 décembre 2016, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1969, affilié par le biais de son employeur, B_____ Sàrl, auprès de BALOISE ASSURANCE SA (ci-après : l'assurance) contre le risque d'accident, professionnel ou non, a annoncé par le biais d'une déclaration d'accident bagatelle un sinistre survenu en date du 5 décembre 2016 et décrit comme suit : « Le coffre arrière de ma voiture est retombé sur mon nez lors du chargement du matériel ». La partie du corps atteinte était le « nez côté gauche » et le type de lésion qualifié de la manière suivante : « rien de très grave ».
2. L'assuré avait consulté la veille le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG ; cf. bref rapport du 21 décembre 2016 indiquant que le patient avait relaté une petite blessure ayant saigné au niveau de la pyramide nasale, sans aucun symptôme par la suite, mais s'était plaint deux jours avant la consultation d'une sensation d'obstruction nasale bilatérale avec rhinorrhée). Au status, avait été notée une petite déviation à droite de la pyramide nasale, ancienne selon le patient, sans blessure de la pyramide. Ont été retenus à titre de diagnostics une rhinite virale et un rhume.
3. Le 20 avril 2017, l'assuré a consulté le docteur C_____, médecin adjoint agrégé du service ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, qui a relevé dans l'anamnèse que le patient se plaignait d'une obstruction nasale gauche ; le status avait montré une luxation columellaire gauche, une déviation septale antérieure droite en verre de montre, un éperon gauche, une muqueuse très congestionnée avec une bonne réponse aux vasoconstrictors et des méats libres.
4. Dans un rapport ultérieur du 21 juillet 2017, le Dr C_____ a indiqué que, selon l'assuré, l'obstruction nasale prédominant à gauche et en décubitus dorsal persistait, malgré un traitement de corticoïdes. Était observée une déviation septale vers la gauche avec luxation columellaire. Une intervention était préconisée.
5. Le 9 octobre 2017, jour prévu pour l'intervention, la discussion préopératoire s'est focalisée sur une lésion dermatologique dont le patient s'est montré peu satisfait de la prise en charge. Il lui a alors été proposé de repousser l'intervention et d'organiser une consultation en dermatologie avant de rediscuter de l'indication chirurgicale. Le patient a préféré annuler l'intervention.
6. Dans un rapport du 8 janvier 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale, a expliqué avoir vu l'assuré pour un deuxième avis le 7 novembre 2017. L'intéressé lui a relaté avoir reçu le coffre de sa voiture sur le nez en décembre 2016 et ressentir depuis une obstruction nasale à prédominance gauche. Le médecin a dit avoir observé une déviation septale à prédominance gauche. Il a qualifié le lien de causalité avec l'événement de « probable », précisant

qu'on ne pouvait toutefois exclure l'existence d'une déviation septale préexistante, possiblement aggravée par l'accident.

7. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au docteur E_____, médecin-conseil de l'assureur.

Dans son rapport du 27 mars 2018, ce médecin a conclu à l'absence de causalité entre l'événement et la lésion décrite, à savoir une obstruction nasale sans lésion traumatique évidente. Il a émis l'avis qu'un lien de causalité avec l'événement décrit n'était que possible, la déviation septale étant antérieure à l'accident et l'aggravation pas démontrée.

8. Par décision du 26 avril 2018, l'assureur-accidents a nié le droit à toute prestation, faute de lien de causalité entre l'événement annoncé et les atteintes observées.
9. Le 23 mai 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision en faisant part de son incompréhension.

Il a expliqué souffrir en réalité d'une double déviation septale en forme de Z, la première déviation remontant à une trentaine d'années. Il souligne que l'intervention envisagée consiste d'ailleurs en une turbinoplastie inférieure bilatérale, terme également employé dans le courrier adressé le 11 octobre 2017 par le Dr C_____ à son médecin traitant.

Il en tire la conclusion que l'existence d'un lien de causalité naturelle est démontrée car depuis l'accident, il ne peut plus respirer correctement, surtout en position couchée. Il ne rencontrait aucun problème précédemment.

10. Par décision du 29 août 2018, l'assureur a rejeté l'opposition.

En substance, l'assureur s'est référé à l'avis du Dr E_____ et a retenu l'absence de lésion traumatique et le fait que l'existence d'un lien de causalité entre l'événement annoncé et la déviation septale constatée n'était que possible, ce que corroboraient les conclusions du Dr D_____. L'événement n'avait pas non plus provoqué d'aggravation démontrée.

L'assureur-accidents a noté que l'assureur-maladie de l'assuré ne s'était pas opposé à sa décision.

11. Par écriture du 25 septembre 2018, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il explique qu'alors qu'il récupérait du matériel, la porte du coffre arrière de son véhicule est retombée sur son nez et que, depuis lors, il souffre d'une obstruction nasale qui l'empêche de respirer normalement, ce qui affecte sa santé.

Il demande dès lors que ses frais de traitement et la future intervention chirurgicale envisagée soient pris en charge par l'assureur-accidents.

12. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 23 octobre 2018, a conclu au rejet du recours.

Elle relève en premier lieu que l'assuré n'a consulté le service ORL des HUG que seize jours après l'accident, qu'il a signalé celui-ci en tant qu'accident bagatelle en précisant que la partie atteinte était son nez, du côté gauche, sans « rien de très grave », que selon le rapport de consultation du service ORL, l'accident a occasionné une petite blessure qui a saigné au niveau de la pyramide nasale et que ce n'est que deux jours avant de consulter qu'il a ressenti une obstruction nasale bilatérale avec rhinorrhée. L'examen externe de la pyramide nasale a montré une petite déviation à droite de la pyramide, ancienne selon le patient, et l'absence de blessure de la pyramide.

L'intimée souligne que ce n'est que le 20 avril 2017, soit quatre mois et demi après l'accident, que l'assuré a consulté le Dr C_____, du service ORL des HUG, en invoquant une obstruction nasale. Hormis celle-ci, il ne présentait ni trouble de l'odorat, ni rhinorrhée, ni céphalées faciales. Ont été constatées une obstruction nasale, une déviation septale et une hyperactivité des muqueuses nasales.

Deux mois plus tard, soit le 29 juin 2017, le Dr C_____ a préconisé une intervention chirurgicale (septoplastie et turbinoplastie inférieure bilatérale).

Mécontent de la prise en charge par le Dr C_____, l'assuré a alors consulté le Dr D_____, le 8 janvier 2018, soit plus d'une année après l'accident, survenu début décembre 2016. Le diagnostic retenu a été celui de déviation septale gauche. Le traitement a consisté dans la prescription d'un spray corticoïde nasal et a été envisagée une intervention (septoplastie et turbinoplastie inférieure). Le Dr D_____ a indiqué que l'on ne pouvait exclure l'existence d'une déviation septale préexistante, possiblement aggravée par l'accident.

L'assurance a alors soumis l'intégralité du dossier de l'assuré au Dr E_____, qui a retenu le diagnostic d'obstruction nasale sans lésion traumatique et estimé que le lien de causalité naturelle entre les troubles et l'accident n'était que possible dès lors que la déviation septale était antérieure à l'accident et qu'il n'y avait pas démonstration d'une aggravation.

En substance, l'intimée retient de ces éléments que l'assuré a souffert d'un saignement le 5 décembre 2016, qu'il n'a ni consulté immédiatement, ni interrompu son activité et que ce n'est que seize jours plus tard qu'il a consulté pour la première fois, après avoir ressenti deux jours plus tôt - soit quatorze jours après l'accident - une obstruction nasale bilatérale avec rhinorrhée. Puis l'assuré a encore attendu jusqu'au 20 avril 2017, pour consulter à nouveau et ce n'est que deux mois plus tard qu'a été préconisée une intervention visant à corriger la cloison nasale et à éliminer une partie des cornets inférieurs du nez.

L'intimé en tire la conclusion que les rapports médicaux qui mettent en relation le diagnostic, respectivement l'intervention chirurgicale envisagée, avec l'accident survenu le 5 décembre 2016, sont clairement fondés sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » impropre, à teneur de la jurisprudence constante, à établir un lien de causalité naturelle. D'ailleurs le Dr D_____ a relevé, à l'instar du Dr E_____,

que l'on ne pouvait exclure l'existence d'une déviation septale préexistante et le patient lui-même a indiqué que la déviation septale de la pyramide était ancienne.

13. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 22 août 2019.

A cette occasion, le recourant a confirmé l'existence d'une déviation antérieure à l'évènement assuré et due à un accident antérieur. Il affirme qu'elle n'avait cependant jamais eu aucune incidence sur sa respiration et que les problèmes ne sont survenus postérieurement à l'accident litigieux, depuis lequel il souffre d'une double déviation en Z, ce qui démontre, selon lui, l'existence d'un double choc.

S'il a attendu deux semaines pour consulter, c'est simplement qu'il avait énormément de travail et pensait qu'il s'agissait seulement d'un hématome qui finirait par se résorber. Cependant, la situation n'a pas évolué et, aujourd'hui encore, il a des difficultés à respirer, surtout en position couchée, ce qui entraîne des problèmes de sommeil.

Le recourant a indiqué que l'intervention serait pratiquée le 18 octobre 2019 et a répété que les problèmes concrets ne sont apparus que postérieurement à l'accident.

EN DROIT

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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge l'intervention dont le recourant estime qu'elle est directement consécutive à

l'accident survenu début décembre 2016, plus particulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'évènement et les lésions nécessitant l'intervention en question.

5. 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'évènement 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'évènement 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 évènement 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'évènement 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'évènement assuré.

6. a. 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).

b. 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. A 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).

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 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).
8. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les

conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

9. En l'espèce, l'intimée, se référant à l'avis de son médecin-conseil, soutient que le lien de causalité naturelle entre l'évènement décrit et les lésions justifiant une intervention n'est que possible et donc non établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis.

L'intimée souligne à cet égard que le rapport des HUG ne retient aucune lésion de la pyramide, que l'obstruction n'est apparue que deux jours avant la consultation, elle-même postérieure de deux semaines à l'évènement, qu'il existait une déviation antérieure à l'accident et que seul l'assuré évoque une déviation en Z. Les médecins n'ayant jamais évoqué qu'une déviation septale à droite.

Sur ce dernier point cependant, l'intimée fait erreur. Le Dr C_____, dans son rapport du 21 juillet 2017, parle bien d'une déviation septale *vers la gauche* avec luxation columellaire, tout comme le Dr D_____, le 8 janvier 2018, dit avoir observé une déviation septale à *prédominance gauche*. Qui plus est, ainsi que le fait remarquer le recourant, c'est bel et bien une turbinoplastie bilatérale qui a été évoquée par le Dr C_____ dans un document intitulé « fiche d'information et de consentement en vue d'une intervention chirurgicale », en juin 2017.

Il y a donc bel et bien déviation à droite, mais également à gauche. Dans la mesure où cette lésion n'a cependant été évoquée pour la première fois qu'en juillet 2017, soit plus de six mois après l'évènement décrit, force est de constater qu'on ne saurait parler de « lésion traumatique évidente », d'autant moins qu'elle n'a pas été relevée lors des premières consultations effectuées et que le sentiment d'obstruction nasale n'est survenu, aux dires de l'assuré lui-même, que plusieurs jours après. Dans ces conditions, l'appréciation du Dr E_____, dans la mesure où il retient une obstruction nasale sans lésion traumatique évidente pour écarter le lien de causalité naturelle, n'apparaît pas critiquable.

On rappellera que la question de savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que 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. 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. Or, en l'occurrence, le seul médecin à avoir qualifié ce lien de probable est le Dr D_____, qui a immédiatement précisé qu'une lésion antérieure ne pouvait cependant être exclue. Son avis ne saurait dès lors suffire à s'écarter de celui du Dr E_____.

L'argumentation du recourant, qui consiste pour l'essentiel à alléguer que l'obstruction est survenue postérieurement à l'évènement, n'est pas suffisante pour en tirer des conclusions utiles en matière de lien de causalité. Ainsi que le relève l'intimée, il s'agit en effet là d'un raisonnement basé sur le principe «post hoc, ergo propter hoc», lequel est expressément écarté par la jurisprudence.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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