

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/391/2010

ATAS/823/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 17 août 2010

En la cause

Monsieur P _____, domicilié à Genève, représenté par
DEKRA CLAIMS SERVICES (SUISSE) SA

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimée

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 1er novembre 2008, Monsieur P_____ (ci-après l'assuré), né en 1976, a été victime d'un accident.

Alors qu'il était dans une file de voiture, sa moto a été emboutie à l'arrière par le véhicule qui le suivait. Sous l'effet du choc, il a été propulsé sur la voie de gauche et a heurté le flanc droit du véhicule qui roulait à ses côtés, sans toutefois tomber. Souffrant de douleurs au genou droit, il s'est rendu chez le médecin par ses propres moyens (cf. rapport de police du 24 janvier 2009).

2. Employé en qualité de vidangeur auprès de la maison X_____ SA, l'assuré a été mis en arrêt de travail total par le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, jusqu'au 17 novembre 2008, puis à nouveau dès le 18 novembre 2008. L'incapacité de travail a été prolongée par la Dresse B_____, rhumatologue, par certificat médical du 24 novembre 2008.

3. Dans un rapport médical intermédiaire, daté du 21 novembre 2008, adressé à la SUVA, le Dr A_____ a fait état de contusions multiples, d'une cervicalgie persistante, d'une lombalgie et d'une douleur avec impotence de l'épaule gauche. Il a relevé l'existence de cervicalgies et lombalgies préexistantes. Une reprise du travail le 17 novembre avait eu lieu, sans succès.

4. En date du 24 novembre 2008, la Dresse B_____ a constaté des douleurs lombaires résiduelles de l'épaule gauche, ainsi qu'un important syndrome vertébral lombaire.

Une reprise de travail du 10 décembre 2008 au 19 janvier avait à nouveau été tentée.

Le 29 janvier 2010, la Dresse B_____ a posé le diagnostic de radialgies post-traumatiques, précisant que le port de charges lourdes aggravait les douleurs.

5. L'assuré a repris son travail à 50% dès le 11 mars 2009. La Dresse B_____ a alors fait état d'une évolution lente mais progressive.
6. Lors d'un entretien dans les bureaux de la SUVA le 15 mai 2009, l'assuré a déclaré avoir été soigné par le passé pour des troubles maladiques de la colonne lombaire et cervicale, le dernier épisode datant de 2005. Il a souligné que lors de l'accident à aucun moment sa tête, sa colonne lombaire ou vertébrale n'avaient heurté le moindre objet.
7. Dans son rapport du 27 mai 2009, le Dr C_____, médecin de la SUVA, a constaté qu'une IRM lombaire effectuée auprès des HUG le 19 février 2007 avait révélé l'existence d'une lipomatose épидurale sans compression radiculaire ou

médullaire individualisable et une protrusion discale discrète au niveau L4-L5, L5-S1 sans conflits. Les radiographies du bassin et de la colonne lombaire n'avaient mis en évidence ni lésion osseuse traumatique, ni tassement vertébral ou autre lésion traumatique. Les examens radiologiques suite à l'accident ne faisaient ressortir aucune lésion de type traumatique. Le médecin a ainsi considéré qu'il n'y avait plus d'effet entre l'accident et les douleurs de l'assuré et que la reprise de travail au 2 juin 2009, telle que fixée par le certificat de la Dresse B _____, était possible.

8. Par courrier du 11 juin 2009, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cessait le paiement des indemnités journalières et des soins médicaux, respectivement dès le 1er juin et le 30 juin 2009.

La Dresse B _____ a établi deux certificats médicaux, l'un le 29 mai 2009 attestant d'une reprise de travail à 100% dès le 10 juin 2009, l'autre le 9 juin 2009 faisant état d'une incapacité de travail dès le 11 mars 2009 avec durée probable au 25 juin 2009.

9. Par courrier du 13 juillet 2009, l'assuré, agissant par l'intermédiaire du Bureau international de règlement des sinistres SA, DEKRA Claims Services Suisse (BIRS), a fait opposition à la décision de la SUVA.
10. Par courrier du 17 novembre 2009, l'assuré, a contesté l'absence de lien de causalité entre l'accident et ses douleurs. Il a joint en annexe les réponses de la Dresse B _____ aux questions qu'il lui avait posées.

Le médecin constatait que le patient se plaignait de douleurs à l'épaule droite, aux cervicales et aux lombaires depuis l'accident mais qu'il n'y avait ni fracture, ni lésion osseuse.

S'agissant de la causalité entre les troubles et les douleurs, elle indiquait qu'

" il est très difficile de répondre à cette question. En effet, un certain nombre de douleurs ont été déclenchées par l'accident, douleurs que (l'assuré) n'avait pas auparavant. Cependant, sans lésions visibles sur les images radiologiques, il est difficile d'affirmer que les plaintes actuelles sont toujours en relation directe avec l'accident".

L'évolution était jugée favorable mais ralentie par l'activité professionnelle. Elle ne pouvait se prononcer sur le *status quo ante*, ne connaissant pas l'assuré avant.

11. Par décision du 30 décembre 2009, la SUVA a confirmé sa décision du 11 juin 2009, au motif qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du 7 décembre 2009 du Dr C _____. En effet, selon l'IRM lombaire du 19 février 2007, l'assuré souffrait d'une atteinte dégénérative avant l'accident et la Dresse

B_____ n'avait au surplus pas été en mesure d'affirmer que les symptômes douloureux actuels étaient en relation directe avec celui-ci.

12. Par recours interjeté en date du 3 février 2010, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 30 décembre 2009 et au renvoi à l'intimé pour nouvelle décision. Contrairement à ce que soutenait l'intimé sur la base exclusive des rapports médicaux de ses médecins, il existait bien un lien de causalité entre ses douleurs et l'accident du 1er novembre 2008.
13. En date du 4 avril 2010, l'assuré a transmis au Tribunal de céans un certificat de la Dresse B_____ du 4 avril 2010.

Le médecin y constatait qu'il subsistait toujours des lombalgies alors que l'accident avait eu lieu dix-huit mois auparavant. Le patient avait certes connu des douleurs lombaires par le passé mais jamais avec une telle intensité et elles avaient cessé dans les mois précédant l'accident. Selon elle, il existait une possibilité de lien de causalité entre les lombalgies actuelles et l'événement du 1er novembre 2008".

14. Sur quoi, la cause a été gardée 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 ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V consid. 1.2.; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Il y lieu de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié la notion d'accident selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA est toujours d'actualité. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Les dispositions de procédure contenues dans la LPGA sont applicable au cas d'espèce, les décisions dont il est fait recours datant des 11 juin et 30 décembre 2009.

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 à 61 LPGA).
4. La question litigieuse vise à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a cessé la prise en charge des indemnités journalière et des soins médicaux.
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; art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).
6. 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 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).

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). Par ailleurs, le seul 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"; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b//bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408sv, 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'événement assuré.

7. 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 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).
8. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accident la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C_463/2009, consid. 3).

Pour présenter 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

9. En l'espèce, l'assuré se plaint de douleurs cervicales et lombaires qu'il attribue à l'accident. Il a déclaré avoir effectivement souffert de douleurs de la colonne lombaire auparavant mais, du fait que ces troubles ont cessé dès 2005 et n'ont jamais été aussi intenses, il considère que les douleurs actuelles n'ont plus rien à voir avec cet épisode.

Il ressort de l'IRM lombaire effectuée auprès des HUG le 19 février 2007 que l'assuré présentait effectivement à ce moment-là une lipomatose épidurale et une protrusion discale discrète au niveau L4-L5, L5-S1.

Les examens radiologiques suite à l'accident n'ont quant à eux révélé aucune lésion traumatique ou tassement vertébral.

La Dresse B _____, médecin traitant de l'assuré, a quant à elle considéré que le lien entre les douleurs actuelles du patient et l'accident était possible.

Selon la jurisprudence, la simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre le dommage et l'événement ne suffit cependant pas à fonder l'existence d'un lien de causalité naturelle. Eu égard aux rapports médicaux versés au dossier, il apparaît par contre tout à fait vraisemblable qu'il n'y a aucun lien entre les atteintes à la santé actuelles de l'assuré et l'accident.

Faute de lien de causalité naturelle, il est superfétatoire d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate.

C'est dès lors à juste titre que l'intimée a cessé le versement de ses prestations et partant, 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

Nathalie LOCHER

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 le