REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4047/2007 **ATAS/73/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 14 janvier 2008

En la cause

Madame R_____, domiciliée à HABERE-LULLIN, France, représentée par CAP PROTECTION JURIDIQUE, Me Laurence FERRAZZINI	recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Mme R_____ (ci-après : l'assurée), est employée aux Transports Publics Genevois (TPG) à 100 % depuis le 1er décembre 2002 et assurée à ce titre contre le risque accident auprès de la SUVA.

2. Le 1er mai 2006, l'assurée a chuté sur le trottoir en voulant monter dans un tram. Elle a été en incapacité de travail dès le 9 mai 2006.

3. Un scanner lombaire du 17 mai 2006 conclut à une "petite hernie discale médiane et para médiane gauche sur l'étage L3-L4 et très probablement présence d'un fragment dans le récessus latéral gauche de la vertèbre L5. Les contours de ce fragment et le rapport avec la racine L5 gauche sont difficile à préciser. Comme une IRM n'est pas possible en raison de la présence de corps étranger métallique, antécédents de la plaie par balle, si besoin compléter cet examen par une exploration sur un scanner multi-barrette".

4. Le 19 mai 2006, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA en mentionnant une contusion au genou droit.

5. Le 31 mai 2006, à la demande de la SUVA, l'assurée a précisé qu'elle avait continué de travailler après sa chute en prenant des anti-inflammatoires et des antidouleurs. Elle avait consulté le 9 mai 2006 le Dr A_____ puis le Dr B_____, rhumatologue à St-Julien-en-Genevois.

6. Le 30 juin 2006, le Dr B_____ a rempli un rapport médical intermédiaire dans lequel il diagnostique une sciatique L5 gauche par hernie discale. Il y avait une amélioration avec le traitement (infiltration, AINS et neurotin) mais l'assurée ne pouvait pas encore rester assise ni debout longtemps. On pouvait craindre des lombalgies permanentes.

7. Le 4 juillet 2006, le Dr A_____ a rempli un rapport médical LAA dans lequel il constate une sciatique sur hernie discale (laminectomie en 1992 et 1994). L'incapacité de travail était totale depuis le 9 mai 2006 probablement jusqu'au 29 mai 2006.

8. Le 7 août 2006, la Dresse C_____, FMH rhumatologie, de la clinique du dos de l'Hôpital de la Tour, a rendu un rapport médical intermédiaire dans lequel elle diagnostique une lombosciatique L5 gauche par chute et note une amélioration progressive des symptômes et de la clinique. La capacité de travail était de 100 % depuis le 29 juillet 2006.

9. Le 11 septembre 2006, la Dresse C_____ a relevé une amélioration progressive, un peu ralentie par une plaie infectée. La capacité de travail était de

50 % dès le 26 juin 2006 et de 100 % dès le 24 juillet 2006. L'employeur avait prévu un changement de poste temporaire.

10. Le 24 octobre 2006, l'assurée a informé la SUVA qu'elle travaillait dans un poste aménagé à 100 %. Le travail debout avec la marche restait difficile.

11. Le 27 novembre 2006, la Dresse C_____ a noté une amélioration lentement progressive avec épisodes fluctuants de sciatalgies et lombalgies aigües. Le 22 janvier 2007, elle a relevé une amélioration lentement favorable mais fluctuante selon les activités. Il convenait de demander à l'employeur un travail plus approprié, soit plus léger. Le 12 mars 2007, elle a confirmé une amélioration lentement progressive, fluctuante.

12. Un CT lombaire du 18 juin 2007 conclut à des protrusions circonférentielles au niveau L2-L3 avec ébauche d'une hernie paramédiane droite au niveau L2-L3 comprimant le segment d'émergence de la racine L3 à droite. Discarthrose L4-L5 et discopathie L5-S1. Protrusion discale avec ébauche d'ne hernie paramédiane et foraminale gauche au niveau L4-L5 dont le rétrécissement du canal de conjugaison gauche est péjoré par une ostéophytose de l'apophyse articulaire inférieure de L4 gauche, réalisant une compression de la racine L4 gauche dû à l'importante diminution de hauteur du disque et à l'hypertrophie osseuse de l'apophyse articulaire supérieure de S1 gauche comprimant la racine L5 gauche au niveau foraminal. Arthrose facettaire minime à modérée au niveau L4-L5, et modérée au niveau L5-S1.

13. Le 26 juin 2007, le Dr. D_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée et rendu le 28 juin 2007 un rapport médical. Les contusions des genoux étaient réglées, sans séquelles. L'assurée continuait de se plaindre de sciatalgies, plutôt en fin de journée ou en position debout prolongée. Elle avait subi deux interventions au niveau lombaire L4-L5 et L5-S1 en 1992 et 1994 avec laminectomie et discectomie. L'assurée avait pu reprendre son travail au bureau et dans les contrôles des cars scolaires en juillet 2006. Depuis elle se plaignait d'épisodes sciatalgiques irréguliers et fluctuants. Un scanner du 18 juin 2007 avait confirmé des troubles dégénératifs étagés au niveau lombaire avec des discopathies. Il conclut qu'au vu des troubles dégénératifs mis en évidence et des antécédents chirurgicaux lombaires, à plus d'un an d'une chute de sa propre hauteur, les conséquences de la chute sont actuellement éteintes.

14. Par décision du 6 juillet 2007, la SUVA a arrêté le paiement des soins médicaux au 31 juillet 2007, l'accident ne jouant plus de rôle dans les troubles actuels.

15. A la demande de l'assurée, la Dresse C_____ a précisé le 31 août 2007 que la lésion subie en rapport probable à plus de 50 % avec l'accident était une lombosciatalgie L5 gauche post-traumatique dès lors qu'elle était asymptomatique du dos depuis le nombreuses années. L'accident avait probablement décompensé un

état antérieur (troubles dégénératifs en L4-L5 et L5-S1). Le statu quo sine/ante n'était pas rétabli. L'évolution était progressivement favorable avec des douleurs et des troubles sensitifs sur le trajet L5 gauche. L'événement avait été assez violent pour provoquer les symptômes, même sans état antérieur.

16. Le 4 septembre 2007, l'assurée, représentée par la Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (CAP), a fait opposition à la décision de la SUVA du 6 juillet 2007 en sollicitant une expertise, en produisant l'avis de la Dresse C_____ et en mentionnant qu'elle n'avait pu reprendre son poste de travail antérieur à l'accident.

17. Par décision du 27 septembre 2007, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en relevant qu'une simple contusion ou distorsion vertébrale cessait de produire ses effets après six mois, mais au plus tard après douze mois à compter de la date de l'accident. L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident était prouvée seulement lorsque la radioscopie mettait en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme. L'appréciation du Dr D_____E était corroborée par la doctrine médicale entérinée par la jurisprudence.

18. Le 26 octobre 2007, l'assurée, représentée par la CAP, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à ce que la SUVA soit condamnée à prendre en charge les frais consécutifs à l'accident, ainsi que, préalablement, à l'ordonnance d'une expertise.

19. Le 26 novembre 2007, la SUVA a conclu au rejet du recours en faisant valoir que le fait qu'elle était asymptomatique avant l'accident ne pouvait justifier un lien de causalité naturelle entre les plaintes et l'accident.

20. 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 genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) 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.

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée en raison des atteintes à la santé qu'elle présente encore postérieurement au 31 juillet 2007 et plus particulièrement sur la question de savoir si ces atteintes sont en relation de causalité avec l'accident du 1er mai 2006.

4. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

   b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou 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 : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341).

   c) 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).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865).

5. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 352 consid. 3a).

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozess-rechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., 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).

C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré (ATF du 22 juin 2007, U 304/2006).

6. En l'espèce, l'intimée, en allouant ses prestations jusqu'au 31 juillet 2007, a admis que l'accident avait entraîné une décompensation d'une situation préalablement asymptomatique et que les lombosciatalgies étaient dues de façon prépondérante à l'accident pendant quatorze mois. Au-delà, seuls des facteurs maladifs entraient en ligne de compte. Il ressort des pièces médicales versées au dossier qu'il n'y a pas de lésion de type traumatique liée à l'accident. En revanche, les CT-scan effectués ont mis en évidence des troubles dégénératifs et des antécédents chirurgicaux lombaires, ce qui n'est pas contesté par la recourante. Le Dr D_____ a estimé qu'à plus d'un an d'une chute de sa propre hauteur, on pouvait conclure, compte tenu des troubles dégénératifs et des antécédents chirurgicaux, que les conséquences de l'accident étaient atteintes. Ce rapport, rendu à la suite de l'examen de la recourante, remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

   Cette appréciation est toutefois remise en cause par la Dresse C_____ laquelle estime que les lombosciatalgies sont dues à l'accident de façon probable (plus de 50 %) car l'assurée était asymptomatique depuis de nombreuses années et le serait probablement resté sans l'accident, lequel avait été assez violent pour provoquer les symptômes, même sans état antérieur. Or, en invoquant pour principale motivation l'absence de symptômes avant l'accident du 1er mai 2006, la Dresse C_____ fonde en réalité son argumentation, pour l'essentiel, sur un raisonnement de type, "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 v 341 s. consid.

2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Ce raisonnement n'est ainsi pas à même de remettre en cause celui du Dr D_____.

7. En conséquence, la décision litigieuse doit être confirmée et le recours ne peut qu'être rejeté, sans qu'une expertise judiciaire ne soit nécessaire (ATF 130 II 425).

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); 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
Florence SCHMUTZ	Valérie MONTANI

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