

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4194/2011

ATAS/937/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 juillet 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à Genève

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1976, était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage depuis le 15 avril 2009. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENT, (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Par déclaration de sinistre du 12 avril 2011, l'assuré a annoncé à la SUVA un accident survenu en date du 9 avril 2011. En sortant de sa baignoire, il a fait une chute. Il en a résulté des douleurs de la colonne cervicale, de l'épaule gauche et de la colonne lombaire.
3. Le 11 avril 2011, des échographies des parties molles cervicales et lombaires gauches ont été effectuées à la Permanence de Cornavin, qui n'ont montré aucune anomalie. Par la suite, l'assuré a consulté le Dr L_____, de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA et son cas a été pris en charge par la SUVA.
4. Dans son rapport médical initial du 14 juin 2011, le Dr L_____ a indiqué que le patient présentait des cervicalgies et lombalgies gauches suite à une chute sur le dos à son domicile. Il a prescrit des antalgiques, des séances de physiothérapie, à raison de deux fois par semaine, et attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 9 avril 2011. Le 24 juin 2011, le praticien a fait état d'une évolution lente et favorable avec physiothérapie.
5. Le 20 juillet 2011, l'assuré a été examiné par la Dresse M_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie. Celle-ci déclarait ne pas pouvoir se prononcer en l'état actuel du dossier médical de l'assuré. Elle demandait que soient pratiquées des radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire ainsi qu'une échographie de l'épaule gauche. Bien que l'assuré ne signalait pas de douleurs nocturnes marquées de l'épaule gauche et que les plaintes soient mal systématisées, l'examen clinique pouvait faire suspecter une éventuelle atteinte de la coiffe des rotateurs. Elle souhaitait également recevoir un nouveau rapport médical du Dr L_____.
6. Un rapport médical intermédiaire a été établi par le Dr L_____ en date du 4 août 2011. Il a diagnostiqué une cervicalgie avec névralgie cervico-brachiale (NCB) gauche. L'état de santé de son patient était globalement stationnaire avec une lente amélioration du rachis cervical et de l'épaule gauche. Le traitement en cours était la prescription d'antalgique et de la physiothérapie. S'agissant de la durée probable du traitement, le médecin a demandé une « expertise pour reprise ».
7. Une échographie de l'épaule a été effectuée le 22 août 2011 et n'a rien montré de particulier. Des radiographies de la colonne lombaire et de la colonne cervicale ont été réalisées le 30 août 2011 : de légères anomalies ont été décelées sur la colonne

lombaire (début de discopathie L5-S1), il n'y avait en revanche pas de signe de discopathie significative de la colonne cervicale.

8. La Dresse M_____ a rendu un rapport d'appréciation médicale en date du 13 septembre 2011. Après avoir analysé les radiographies subies par l'assuré, elle a constaté que celles-ci ne montraient aucune lésion traumatique et que les plaintes exprimées par le patient en juillet étaient mal systématisées. Elle a ainsi conclu que les conséquences délétères de l'événement du 9 avril 2011 ont été définitivement éteintes à six mois de l'accident.
9. Par décision datée du 26 septembre 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cessera de lui verser des prestations dès le 9 octobre 2011 au soir, motif pris que les douleurs encore ressenties n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident survenu le 9 avril 2011.
10. Lors d'un entretien à la SUVA, le 25 octobre 2011, l'assuré a formé opposition. Il se plaignait de douleurs toujours très présentes, du port obligatoire d'une minerve pour dormir ainsi que de la nécessité de se faire aider pour les tâches ménagères. Il précisait que le Dr N_____, radiologue, lui avait dit qu'il faudrait pratiquer d'autres examens complémentaires pour savoir exactement ce dont il souffrait, mais que ces derniers n'avaient pas été demandés par la Dresse M_____. L'assuré a déclaré qu'il avait suspendu le traitement médical suite à la décision querellée, ce qui avait aggravé sa situation. Il pensait qu'en cas de reprise des traitements il devrait, selon son physiothérapeute et son médecin, se rétablir en un ou deux mois. Son état actuel ne lui permettait pas de travailler, alors qu'il souhaitait pouvoir le faire étant donné qu'il nourrissait le projet de créer sa propre entreprise.
11. Par décision du 7 novembre 2011, la SUVA à Lucerne a rejeté l'opposition de l'assuré. De son point de vue, il n'existait aucune raison de remettre en cause les conclusions de la Dresse M_____, de sorte que sa décision de mettre un terme aux prestations était correcte.
12. Par courrier recommandé daté du 7 décembre 2011, l'assuré interjette recours contre la décision de l'intimée auprès de la Cour de céans. Il demande implicitement l'annulation de la décision ainsi que la reprise des versements de prestations par la SUVA durant un minimum de deux mois. Il invoque des douleurs toujours présentes et inexplicables et son incapacité de travailler attestée par le Dr L_____.
13. Dans sa réponse du 13 février 2012, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle relève en particulier qu'aucun avis médical contraire n'intervient après celui de la Dresse M_____. Pour le surplus, elle relève que selon la doctrine médicale consacrée par la jurisprudence, en cas de lombalgies post-traumatiques, le statu quo sine est en principe rejoint après trois ou quatre mois, à moins qu'une aggravation déterminante ne soit établie radiologiquement.

14. Le 28 février 2012, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît des recours prévus 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions 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 345 consid. 3).

3. Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. En l'espèce, l'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations dès le 9 octobre 2011.
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'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 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).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Selon la jurisprudence, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (ATF 8C_1009/2009). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid. 4.2).

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

8. 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).

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 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

9. 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.

10. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48 p. 284).

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), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre 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 et les références). 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-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

11. En l'espèce, il n'est pas contesté que les douleurs ressenties par le recourant suite à sa chute dans sa salle de bain, le 9 avril 2011, étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec cette dernière.

Cela étant, les conditions pour admettre l'existence de séquelles de l'accident plus de six mois après sa survenance, ne sont pas remplies. La Cour de céans constate en

effet que l'événement traumatique a été relativement modeste ; la première consultation a eu lieu plus de vingt-quatre heures plus tard ; les échographies des parties molles cervicale et lombaires gauches pratiquées le 11 avril 2011 à la Permanence de Cornavin étaient normales. L'examen clinique effectué le 20 juillet 2011 par la Dresse M_____, qui laissait suspecter une éventuelle atteinte de la coiffe des rotateurs quand bien même le recourant ne signalait pas de douleurs nocturnes intenses, a été complété par un bilan radiologique de la colonne cervicale et de l'épaule. Or, ledit bilan, effectué à quatre mois de l'accident, a permis d'exclure des lésions traumatiques. Seul un début de discopathie de la colonne lombaire a été objectivé, mais aucune lésion cervicale.

Au vu de ces éléments et au regard du contexte socio-professionnel dans lequel s'est inscrite la symptomatologie du recourant, l'appréciation de la Dresse M_____, fixant à six mois la durée du rapport de causalité entre l'accident du 9 avril 2011 et les plaintes du recourant, apparaît dès lors convaincante. Enfin, il convient de souligner que le recourant n'a produit aucun rapport médical postérieur à celui-ci qui viendrait mettre en doute ses conclusions.

La décision de l'intimé de mettre fin aux prestations au delà du 9 octobre 2011 n'apparaît dès lors pas critiquable.

12. Mal fondé, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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 par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le