REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4306/2006 **ATAS/708/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 20 juin 2007

En la cause

Monsieur T_____, domicilié , F-74140 CHENS-SUR-LEMAN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né en 1953, travaillait depuis janvier 1984 au service de la X_____, à GENEVA PALEXPO, d'abord en qualité d'électricien, puis de concierge et maintien de la sécurité. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA.

2. L'assuré a été victime d'un accident de travail en date du 2 septembre 2004. Alors qu'il manipulait une barrière fermant le parking, le dérouleur de l'appareil a cédé et l'assuré a fait une chute en arrière. Consulté le lendemain, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, médecin traitant, évoque une hyper-extension du genou gauche et constate un important épanchement. Il a diagnostiqué une entorse du genou.

3. Une rupture du ligament croisé antérieur (LCA) dudit genou ainsi qu'une déchirure en anse de seau de la corne postérieure du ménisque interne ont été mises en évidence à l'IRM. Une plastie ligamentaire de LCA et une résection méniscale ont été pratiquées le 23 février 2005 par le Dr F_____, spécialiste FMH en orthopédie.

4. La SUVA a pris en charge le cas.

5. En octobre 2005, à la demande du Dr A_____, médecine interne FMH, une IRM lombaire est pratiquée. Elle a mis en évidence un conflit L5 droit par hernie luxée supérieurement paramédiane droite et une réduction de l'amplitude du canal foraminal bilatéral avec probable conflit en L5.

6. Par décision du 28 avril 2006, la SUVA a refusé de prendre en charge les troubles dorsaux de l'assuré, au motif qu'ils ne sont pas en relation de causalité ni certaine, ni pour le moins probable avec l'accident assuré.

7. L'assuré a formé opposition en date du 11 mai 2006, complétée par son mandataire le 16 août 2006. Il se réfère à un rapport médical établi le 7 novembre 2005 par le Dr B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, aux termes duquel il présente une instabilité lombaire basse sur spondyloyse, que l'accident a certainement décompensé la situation et que la boiterie rend la compensation difficile. Il se réfère également au rapport médical daté du 23 mai 2006 du Dr A_____, selon lequel il a présenté un premier épisode de lombosciatalgie il y a quatorze ans. Le traitement conservateur avait assuré une très bonne amélioration, puis une disparition de la symptomatologie douloureuse. En 1996, il a fait une lombosciatalgie droite aiguë qui a cependant disparu après trois mois de traitement conservateur. Il n'a plus consulté en suite pour son problème lombaire jusqu'à l'accident de 2004. Depuis cette date, il présente une décompensation des

lombalgies avec une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit. L'accident a décompensé la situation.

8. Par décision du 17 août 2006, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Il se réfère à l'examen du 6 mars 2006, effectué par le Dr. C_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement auprès de la SUVA Genève, qui a clairement conclu que les problèmes au niveau lombaire étaient d'étiologie exclusivement maladive et n'étaient dès lors sans aucun rapport de causalité avec l'accident assuré. Dans une appréciation complémentaire du 8 août 2006, ce médecin a spécifié que les problèmes dégénératifs préexistants au niveau lombaire, sans rapport de causalité ni vraisemblable ni certaine avec l'accident, n'ont subi aucune aggravation ni déterminante, ni passagère lors de la chute du 2 septembre 2004. En conséquence, la responsabilité de la SUVA n'est pas engagée pour cette affection lombaire.

9. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours en date du 17 novembre 2006. Il conteste l'appréciation du Dr C_____, lequel n'a pas procédé à son examen clinique et se réfère aux rapports qu'il a produits en cours de procédure, aux termes desquels l'accident a décompensé les troubles lombaires. Il a joint à son recours un rapport d'expertise daté du 6 novembre 2006 qu'il a sollicitée auprès du Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier conclut au degré de vraisemblance prépondérante nette, une relation de causalité naturelle entre l'accident du 2 septembre 2004, attestée par une nette aggravation clinique due au choc lui-même ainsi qu'au déséquilibre provoqué par la boiterie du genou gauche. Il est incontestable qu'il existe un état antérieur, mais il est tout aussi incontestable sur le plan clinique que la situation s'est aggravée. S'agissant d'un hypothétique *statu quo sine* ou *ante*, l'évolution clinique ne permet pas d'envisager une amélioration significative pour une éventuelle reprise de travail. Le Dr D_____ considère que le genou est responsable de la situation à 60 % d'incapacité et le dos, quel que soit l'état antérieur, s'est aggravé pour contribuer à une diminution de la fonction d'environ 40 % d'incapacité. Le recourant considère que les troubles lombaires ont un lien de causalité avec l'accident, de sorte que la responsabilité de la SUVA est engagée. Il conclut à la condamnation de cette dernière à allouer les prestations légales qui en découlent, sous suite de dépens.

10. Dans sa réponse du 3 janvier 2007, la SUVA rappelle que les appréciations médicales réalisées par les médecins d'un assureur social, en particulier de la SUVA, ont pleine valeur probante tant qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien fondé. S'agissant des rapports des Drs A_____ et B_____, ces appréciations sont dépourvues de valeur probante, dès lors que ces derniers se contentent d'exprimer leur point de vue sans les motiver, ce qui les rend inexploitables. Quant au Dr D_____, il retient pour sa part l'existence d'un lien de causalité en se fondant sur le principe "*post hoc*, *ergo propter hoc*", qui n'est pas un moyen de preuve admissible en droit des assurances sociales. La SUVA a soumis le cas au Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie

orthopédique, qui a rendu un avis circonstancié en date du 15 décembre 2006, dont les conclusions rejoignent celles du Dr C_____. La SUVA conclut au rejet du recours.

11. Dans sa réplique du 8 mars 2007, le recourant persiste dans ses conclusions, rappelant que les Drs E_____ et C_____ n'ont pas procédé à un examen clinique, de sorte que leur avis ne saurait se voir accorder de force probante. Il se réfère aux rapports des médecins qu'il a consultés, plus particulièrement du Dr F_____, qui ne partagent pas l'avis du Dr E_____. Il a conclu à l'audition des médecins précités.

12. Dans sa duplique du 20 mars 2007, la SUVA relève que les troubles dorsaux n'ont pas été signalés immédiatement après l'accident et que les courriers des Drs A_____ et F_____ ne permettent pas de dater la survenance des plaintes dorsales du jour de l'accident ou des premiers jours qui ont suivi. Elle persiste dans ses conclusions.

13. Ces écritures ont été communiquées au recourant en date du 22 mars 2007.

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 genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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-accident du 20 mars 1981 (LAA).

   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 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   La LPGA est dès lors applicable au cas d'espèce.

3. En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA, en sa

teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006). Le recours interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi est recevable.

4. L'objet du litige consiste à déterminer si les troubles lombaires dont souffre le recourant engagent la responsabilité de l'intimée, en tant que suites de l'événement accidentel du 2 septembre 2004. Il convient plus particulièrement d'examiner si ces troubles présentent un lien de causalité naturel avec l'accident du 2 septembre 2004.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

   a) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

   b) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). 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 291

consid. 3a, 117 V V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundedsversaltungsrecht, n. 39).

c) Selon la jurisprudence tirée de l'article 36 LAA, 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 repose exclusivement sur des 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 1992 p. 75 consid. 4b; ATFA non publiés H. du 12 août 1996, U 19/96 et G. du 13 juillet 1990, U 25/90; A. MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle, 1996, p. 469, n° 3 et 4; Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; U. MEYER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093; ATFA D.P. du 21 janvier 1999). 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 la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF du 13 mars 2007 U /532/07; ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147 et la jurisprudence citée; RAMA 2001 n° U 435 p. 332 [arrêt E. du 5 juin 2001, U 398/00]; Alfred BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in : RSAS 1996 p. 94; Rudolf WIPF, Koordinationsrechtliche Fragen des UVG, in : RSAS 1994 p. 9 ss). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45, consid. 3a et la référence citée).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté, s'agissant de la colonne dorso-lombaire, que le recourant présente un état dégénératif préexistant. Il soutient cependant que l'accident du 2 septembre 2004 a aggravé l'état pathologique préexistant, ce que l'intimée conteste.

Selon la déclaration d'accident du 24 septembre 2004, le Dr A_____ décrit l'événement comme une grosse chute sur le dos avec forte hyper-extension du

genou gauche. Il a constaté un gros épanchement et a posé le diagnostic d'entorse du genou gauche. Ainsi, pas plus dans ce rapport que dans le rapport médical intermédiaire du 30 juin 2005, le Dr A_____ n'a fait état d'autres plaintes ou d'observations particulières, notamment quant à une décompensation des douleurs dorsales. Dans son rapport médical du 12 octobre 2004, le Dr F_____ décrit une violente chute en arrière, avec mécanisme de torsion et d'hyper-extension du genou gauche, ainsi que la perception d'un craquement et d'une douleur vive. Le diagnostic posé est également celui d'entorse grave du genou gauche, avec déchirure du LCA et de la corne postérieure. Il ne relève aucune autre plainte du patient, singulièrement aucune douleur lombaire.

Dans sa déclaration d'accident du 22 septembre 2004, le recourant, hormis une déchirure du genou gauche, n'a pas fait état d'autres plaintes. Par ailleurs, lors de l'entretien du 21 juin 2005 dans les bureaux de son employeur, il a mentionné au titre de ses antécédents médicaux des troubles dorsaux pour lesquels il était toujours en traitement auprès du Dr A_____ et qui l'avaient déjà amené à changer de profession. Enfin, lors de l'entretien 25 novembre 2005 avec la SUVA et l'employeur, le collaborateur de l'intimée a relevé que le recourant souffre de troubles dorsaux qui doivent être annoncés auprès de l'assurance perte de gain de l'employeur.

Plus d'un an après l'accident, soit le 30 septembre 2005, une IRM lombaire a été pratiquée à la demande du médecin-traitant. Elle n'a pas révélé de tassement, ni de lésion suspecte ou d'atteinte primaire ou secondaire. En revanche, en L4-L5 une dégénérescence et déshydratation discales avec une protrusion postéro-latérale discrète a été mise en évidence, sans signe de hernie ou de conflit radiculaire, associée à des troubles dégénératifs des articulations inter-apophysaires postérieures. En L5-S1, il y a un conflit L5 droit par hernie luxée supérieurement paramédiane droite et une spondylolisthésis de grade I associée à une dégénérescence discale. Dans son rapport d'examen du 6 mars 2006, le Dr C_____ a ainsi considéré que les problèmes dégénératifs au niveau lombaire n'avaient aucun rapport de causalité avec l'accident.

Le recourant s'appuie sur l'expertise du 6 novembre 2006 établie à sa demande par le Dr D_____, aux termes de laquelle le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'aggravation clinique est établie au degré de la vraisemblance prépondérante, dès lors qu'avant son accident il travaillait à plein temps dans un activité physiquement éprouvante. L'aggravation nette est due au choc lui-même ainsi qu'au déséquilibre provoqué par la boiterie du genou gauche et contribue à la diminution de la fonction d'environ 40 % d'incapacité.

A cet égard, le Dr E_____ a émis un avis circonstancié en date du 15 décembre 2006 dans lequel il rappelle que le Dr A_____, qui connaissait bien l'état antérieur de son patient, n'a pas posé de diagnostic particulier quant à la

colonne dorso-lombaire. Ceci peut signifier soit que les rachialgies n'étaient pas présentes à cette époque ou alors que la patient en souffrait déjà avant l'accident et que leur intensité ou caractère ne s'étaient pas modifiés à sa suite. Le Dr E_____ expose que pour admettre qu'une chute ou un autre traumatisme a induit une atteinte post-traumatique du rachis, il faut que les troubles se développent immédiatement ou alors dans les premiers jours suivant l'événement accidentel. Un délai d'apparition retardé ne peut être envisagé que si le patient a dû être alité pendant quelques temps pour un autre motif, auquel cas les douleurs peuvent ne faire leur apparition qu'à la mobilisation. Si le délai séparant le traumatisme de l'apparition des symptômes s'élève à plusieurs jours, voire à quelques semaines, il est pratiquement impossible d'étayer l'existence d'un lien de cause à effet entre les deux. Selon le Dr E_____, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant ait subi une lésion du rachis malgré la chute dont il a été victime et que si tel avait été le cas, les symptômes qui en auraient résulté se seraient rapidement amendés pour céder la place à ceux résultant de l'atteinte dégénérative préexistante. Quant à l'hypothèse d'une aggravation en raison d'une boiterie d'épargne, elle est invérifiable.

Le Tribunal de céans constate que l'avis du Dr E_____, qui corrobore les conclusions du Dr C_____, est fondé sur une analyse complète du dossier, notamment radiologique, que ses conclusions sont claires et bien motivées, de sorte qu'il remplit toutes les exigences pour se voir attribuer pleine valeur probante.

Certes, dans un rapport subséquent, le Dr A_____ affirme que l'accident a décompensé progressivement les lombalgies, avec une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit. Il explique que son patient est suivi à sa consultation depuis plusieurs années et qu'il a présenté un premier épisode de lombosciatalgie 14 ans auparavant, puis un second en 1996, qui se sont amendés après le traitement conservateur. L'avis du Dr F_____ est à cet égard plus nuancé. Il précise que le recourant lui avait indiqué que la chute avait fait réapparaître des douleurs lombaires dont il s'est progressivement plaint au fil des consultations. S'il n'a pas mentionné ce fait dans la déclaration d'accident, c'est parce que le patient était suivi par le Dr A_____ et qu'il avait été convenu que lui-même ne s'occupait que du genou. Il ajoute qu'en l'absence de donnée objective établissant l'origine traumatique des lombalgies, il peut affirmer seulement, sans certitude, que la boiterie induite par le membre inférieur gauche et l'usage de cannes ont certainement joué un rôle important dans l'aggravation des lombalgies induites par l'élément contusionnel.

Ces avis divergents ne permettent toutefois pas au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions convaincantes des Dr G_____ et E_____. En effet, il y a lieu de relever, d'une part, que le Dr A_____ n'explique pas pourquoi il n'a pas signalé immédiatement une décompensation du syndrome lombosciatalgique, d'autre part, ce n'est qu'une année après l'accident qu'il a fait pratiquer une IRM

lombaire, ce qui tend à démontrer que les troubles lombaires ne présentaient pas une intensité significative après l'accident. Enfin, en motivant une aggravation de l'état préexistant par le fait qu'il était asymptomatique avant l'accident, les médecins précités se fondent sur le principe *post hoc, propter hoc*, qui n'est pas admissible.

. Force est de constater qu'il n'y a pas de constatations objectives en relation avec des lésions traumatiques, notamment pas de lésion osseuse traumatique, ni d'éléments concrets permettant de mettre en lumière l'aggravation traumatique d'une lésion préexistante. Ces différents éléments permettent d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 septembre 2004, sans qu'il soit nécessaire de procéder à l'audition des médecins comme le suggère le recourant.

7. Mal fondé, le recours doit être 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); 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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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