RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4332/2021 **ATAS/1104/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2022

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, CESSY, FRANCE recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, a subi un accident de moto en date du 29 août 2005, occasionnant un traumatisme de la cheville droite qui a nécessité une plastie ligamentaire et un débridement du tendon long péronier. L'accident a également provoqué une importante coupure au menton (cf. rapport de police du 16 septembre 2005, p. 5).

2. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

3. Selon le rapport du 5 septembre 2005 de la consultation de chirurgie maxillo-fasciale et de chirurgie buccale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré présentait de multiples contusions associées à une plaie mentonnière sans trouble de l'occlusion, diplopie ou hypoesthésie. La plaie était calme et sans douleur à la palpation du rebord osseux ni fausse mobilité ni lésion dentaire. Il n'y avait pas de fracture visible.

4. L'assuré a repris le travail à 50% le 10 octobre et à 100% le 3 novembre 2005.

5. Le 8 février 2006, la cicatrice du menton a été corrigée.

6. Selon le rapport du 11 novembre 2013 du docteur B_____, spécialiste FMH en pneumologie, soins intensifs, médecine interne générale et médecine d'urgence, l'assuré présentait une rétrognathie de classe II. En raison d'une symptomatologie de somnolence diurne excessive, de fatigue au réveil et de céphalées matinales, il a bénéficié d'une polysomnographie nocturne qui a confirmé la présence d'apnées et d'hypopnées principalement d'aspect obstructif.

7. Le 3 décembre 2013, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, a prescrit à l'assuré un propulseur mandibulaire. Il a par ailleurs noté que la rétroposition mandibulaire était importante et que celle-ci pouvait être en partie associée à la résorption condylienne, probablement ancienne et bien compensée, peut-être due à une arthrite juvénile. Un avancement chirurgical mandibulaire et génien serait indiqué en cas d'inefficacité du propulseur ou de mauvaise tolérance.

8. Le 19 mars 2019, l'assuré a fait annoncer par son employeur à la SUVA une rechute de son accident du 29 août 2005 en raison de douleurs récurrentes et différentes problématiques physiologiques et neurologiques liées à cet évènement.

9. Selon le rapport du 18 décembre 2019 de la doctoresse D_____, psychiatre-somnologue, l'assuré a rapporté que la problématique du sommeil, avec ronflement et apnées, était apparue il y a environ 10 à 15 ans. Comme possible facteur déclenchant, l'assuré a mentionné son accident de 2005. Depuis 5-6 ans, les symptômes s'aggravaient progressivement. La problématique respiratoire était traitée de façon subjectivement efficace par un propulseur mandibulaire.

10. Dans son avis du 28 février 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a considéré qu'une rechute de l'accident était probable.

11. Une radiographie du crâne de profil réalisée le 11 juin 2020 n'a pas révélé d'atteinte traumatique.

12. Selon le rapport du 25 janvier 2021 du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orale et maxillo-faciale, un ancien propulseur mandibulaire s'était avéré inefficace. L'assuré mentionnait un accident avec une fracture de la mâchoire inférieure qui aurait changé son apparence en lui laissant un menton fuyant. Cliniquement, ce médecin a constaté un profil extrêmement convexe avec quasiment absence d'un menton et un visage symétrique. Il était décidé de refaire un propulseur mandibulaire.

13. Par courrier du 26 février 2021, l'assuré a informé la SUVA que, lors de son accident d'août 2005, son visage avait été propulsé contre une chaîne métallique délimitant le trottoir. Cela avait entraîné l'arrachement total de son menton et une plaie béante jusqu'à l'os sur toute la largeur de la mâchoire, ainsi que de nombreuses contusions et blessures diverses à la trachée et sur le haut du corps. Depuis cet accident, des problèmes de sommeil étaient apparus, ainsi que des douleurs lancinantes dans le haut et le bas du corps. Les différents médecins consultés étaient unanimes dans le sens que ces problèmes étaient consécutifs à cet accident. La seule solution pour le soigner était une opération du bas du visage, pour reconstruire les dégâts causés à la trachée, avancer la mâchoire qui avait été déplacée à l'arrière et reconstruire son menton. L'assuré se tenait à disposition pour rencontrer le médecin-conseil de la SUVA.

14. La polysomnographie réalisée le 13 avril 2021 avec propulseur mandibulaire a montré la persistance d'événements respiratoires nocturnes d'origine obstructive, de caractère positionnel important.

15. Par courrier du 20 mai 2021, le Dr F_____ a informé la caisse-maladie de l'assuré qu'une génioplastie avec avancement des insertions des muscles géniohydoïdiens d'environ 10 mm pourrait résoudre le problème des apnées du sommeil.

16. Ayant été invité à fournir les radiographies réalisées lors de son accident de 2005, l'assuré a fait part à la SUVA le 17 août 2021 que les HUG semblaient les avoir égarées. Il a par ailleurs précisé que la mâchoire n'avait pas été fracturée, mais que ses parties molles avaient été totalement arrachées. Une intervention de reconstruction des parties molles du menton avec léger avancement de la mâchoire était préconisée afin de libérer le conduit de l'œsophage et ainsi permettre de réduire les apnées du sommeil. L'assuré a requis que son cas soit soumis au médecin-conseil de la SUVA et a proposé de transmettre des photos de la face et du profil de son visage, avant et après l'accident. Enfin, il a invité cette assurance à rembourser les factures relatives aux frais médicaux en lien avec ses apnées, tout en

précisant qu'elles avaient été prises en charge, en attendant, par son assurance-maladie.

17. Selon l'appréciation médicale du 24 septembre 2021 du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, l'analyse du dossier ne montrait aucun élément traumatique imputable à l'accident d'août 2005. Il n'y avait notamment pas de fracture du massif facial, ayant pu entraîner une atteinte morphologique responsable d'un syndrome d'apnées du sommeil. Partant, le lien de causalité naturelle entre l'accident et ce syndrome ne pouvait être retenu.

18. Par décision du 15 octobre 2021, la SUVA a refusé de prendre en charge les frais en relation avec les troubles du sommeil, au motif qu'un lien de causalité prépondérante pour le moins vraisemblable entre l'atteinte à la santé et l'accident n'était pas établi.

19. Par courrier du 11 novembre 2021, l'assuré a formé opposition à cette décision en concluant implicitement à l'octroi des prestations en lien avec ses apnées du sommeil.

20. Par décision du 30 novembre 2021, la SUVA a rejeté l'opposition. L'assuré n'avait apporté aucun élément susceptible de mettre en doute l'avis du médecin d'arrondissement.

21. Par acte du 22 décembre 2021, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi des prestations en lien avec les apnées du sommeil. Outre celles-ci, il avait également des problèmes de déglutition et des troubles psychiques. Aucune annotation précisant l'absence totale de lien de causalité entre l'accident et ses problèmes de santé actuels ne figurait dans les documents médicaux. L'arrachement violent des parties molles du menton avec une cicatrice d'une largeur de plus de 10 cm et d'une hauteur de 3 cm avait provoqué un déplacement certain et une modification du positionnement des muscles et organes internes au niveau de la mâchoire, de l'œsophage et du système de déglutition avec répercussion importante sur sa capacité de respiration nocturne. Il avait par ailleurs demandé aux HUG le rapport complet de sa prise en charge suite à son accident, afin de compléter son dossier. Enfin, il se plaignait de n'avoir pas été convoqué par le médecin-conseil de l'intimé pour un examen, malgré ses demandes réitérées.

22. Dans sa réponse du 31 janvier 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Un rapport médical sur dossier avait une pleine valeur probante lorsqu'il restituait une image complète de l'anamnèse, du déroulement des faits et du status en l'état et que ces données étaient incontestées. Le rapport du médecin d'arrondissement remplissant ces conditions, ses conclusions étaient probantes, même en l'absence d'un examen du recourant. Celui-ci ne s'appuyait au demeurant sur aucune pièce médicale contredisant ces conclusions.

23. Dans sa réplique du 23 février 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Aucune pièce médicale ne faisait état de problèmes de sommeil préexistants à son

accident. Le Dr E_____ avait en outre admis qu'une rechute de l'accident de 2005 était probable. Il était contestable, sur le plan éthique et médical, de prendre une décision avec autant de répercussions sur la vie de l'assuré, sans l'avoir vu. Une rencontre avec le médecin-conseil aurait aussi permis de constater son mal-être et malaise quotidien. Par son refus, l'intimée le contraignait à accepter une vie diminuée, alors que des solutions auraient pu lui apporter une amélioration de la qualité de vie notable au niveau psychique et physique. Le recourant a enfin requis son audition.

24. Entendu en date du 23 novembre 2022, le recourant a déclaré à la chambre de céans ce qui suit:

« Je ne me suis pas encore fait opérer à la mâchoire. C'est une intervention très lourde. J'attends pour l'instant si la SUVA prend en charge.

Après l'accident, j'avais des problèmes de déglutitions, car tout était écrasé au niveau du menton. Les problèmes d'apnées du sommeil sont apparus par la suite.

Je confirme par ailleurs que je ne suis pas en mesure de produire des radiographies réalisées en 2005 de ma mâchoire. »

25. Sur ce, la cause a été 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 - 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.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le recours porte sur la prise en charge des frais médicaux relatifs aux apnées du sommeil et à la rétroposition mandibulaire du recourant, en particulier sur le lien de causalité entre ces atteintes et l'accident subi en 2005.

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).

La condition de la causalité naturelle est réalisée 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 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'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).

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'événement assuré.

6. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

7. **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. 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).

c. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8. **a.** 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).

b. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

9. En l'espèce, aucun des médecins consultés n'atteste un lien de causalité entre la rétroposition mandibulaire du recourant et l'accident de 2005. Au contraire, le Dr C_____ déclare dans son rapport du 3 décembre 2013 que cette rétroposition peut en partie être associée à la résorption condylienne, laquelle est probablement ancienne et bien compensée. Comme cause possible de la résorption condylienne, ce spécialiste en chirurgie maxillo-faciale indique une arthrite juvénile. Selon le rapport du 5 septembre 2005 des HUG, la plaie au menton était sans trouble de l'occlusion, calme et sans douleur à la palpation du rebord osseux ni fausse mobilité ni lésion dentaire. Il n'y avait pas de fracture visible. La radiographie du crâne réalisée en juin 2020 ne montre pas non plus d'atteinte traumatique. Les examens radiologiques du crâne effectués directement après l'accident ne sont cependant plus disponibles, selon le recourant, dans la mesure où les HUG semblent les avoir égarés. Le médecin d'arrondissement de l'intimée a considéré, sur la base du dossier en sa possession, que l'accident n'a pas pu entraîner une atteinte morphologique responsable d'un syndrome d'apnées du sommeil (rapport du 24 septembre 2021).

Le recourant met en cause l'appréciation de ce dernier médecin au motif que celui-ci ne l'a pas examiné. Toutefois, comme relevé ci-dessus, une appréciation médicale sur dossier peut avoir une valeur probante. En l'occurrence, un examen clinique du recourant par le médecin d'arrondissement ne serait d'aucune utilité, le lien de causalité devant être déterminé sur la base des examens radiologiques. En effet, il n'est pas contesté que le recourant présente une rétroposition mandibulaire ni que celle-ci est responsable des apnées du sommeil. Partant, l'appréciation sur dossier du médecin d'arrondissement est probante.

Il convient également de relever qu'il n'est pas établi que le recourant a souffert d'apnées du sommeil dans les suites immédiates de l'accident. En effet, le recourant ne semble pas avoir consulté des médecins pour ce problème avant 2013.

Il est vrai que le Dr E_____ déclare, dans son avis du 28 février 2020, qu'une rechute est probable. Cependant, ce médecin n'a pas examiné le dossier à ce moment dans les détails, de sorte que cette appréciation n'est pas définitive.

Par ailleurs, comme exposé ci-dessus, ce n'est pas parce que des symptômes se sont déclarés après l'accident que le lien de causalité est considéré comme établi.

Cela étant, il sied de constater qu'un rapport de causalité entre les apnées du sommeil, consécutives à la rétrognathie, et l'accident est certes possible en l'espèce, mais qu'il ne peut être prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante, en raison du long écoulement du temps entre l'annonce de la rechute et cet évènement (presque 14 ans), ainsi que l'absence de radiographies effectuées directement après la survenance de la chute à moto.

Partant, l'intimée a refusé à raison de prendre en charge les frais médicaux relatifs à cette atteinte.

10. Par conséquent, le recours sera rejeté.

11. La procédure est gratuite.

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 suppléante
Maryline GATTUSO	Maya CRAMER

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