

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/435/2015

ATAS/315/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 avril 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PLAN-LES-OUATES, représenté
par Protekta assurance de protection juridique SA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LÉVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1976, travaille en tant que nettoyeur auprès de l'entreprise B_____ SA à Genève. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA).
2. Par déclaration de sinistre du 25 mars 2014, l'employeur a annoncé un événement survenu en date du 5 mars 2014. En descendant l'escalier, l'assuré a chuté et s'est blessé au dos et aux côtes du côté gauche.
3. Dans un rapport du 14 mai 2014, la doctoresse C_____, du centre médical de la Servette, médecin traitant, a indiqué avoir donné les premiers soins le 6 mars 2014 et que l'assuré se plaignait de douleurs des deux membres inférieurs, à départ lombaire. Selon la doctoresse, il n'y avait pas de troubles neurologiques objectivés à l'examen clinique de base. Une IRM lombaire du 30 avril 2014 a montré un aspect de canal lombaire étroit en L2-L3 et une protrusion discale L5-S1. L'incapacité de travail était toujours à 100% depuis le 6 mars 2014. L'avis d'un neurochirurgien aux HUG était en attente.
4. Une IRM de la musculature paravertébrale gauche effectuée le 11 avril 2014 a conclu à l'intégrité de la musculature paraspinale et du muscle trapèze du côté gauche, une infiltration oedémateuse non spécifique de la graisse cutanée s'étendant sur cinq centimètres en regard de la musculature paraspinale.
5. Dans un rapport du 24 juin 2014 à l'attention du médecin traitant, la doctoresse D_____, cheffe de clinique auprès du service de neurochirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué un lumbago irradiant dans la jambe, plus à gauche, sans territoire précis, un status post chute le 5 mars 2014 dans les escaliers sur son lieu de travail en tant que nettoyeur, une sensation de tremblement et des cervico-brachialgies du bras gauche post chute. Au vu de l'IRM, les douleurs du patient sont probablement d'origine plutôt musculaire. Elle a prescrit de la physiothérapie, du magnésium pour les crampes nocturnes et une consultation radiologique. Quant aux cervico-brachialgies gauches avec des tremblements du bras depuis sa chute, le patient a déjà réalisé une IRM dorsale qu'elle ne peut pas visualiser. Elle a proposé d'organiser une IRM cervicale pour être sûre qu'il n'y a pas de problème au niveau cervical qui pourrait aussi expliquer les problèmes de la marche. Elle a prolongé l'arrêt de travail de trois semaines en attendant le diagnostic et surtout l'infiltration pour améliorer son retour au travail.
6. L'IRM cervicale du 7 juillet 2014 n'a pas objectivé de sténose canalaire, mais une discopathie modérée en C5-C6 sans compression radiculaire évidente.
7. Par avis du 15 juillet 2014, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'il s'agissait d'une décompensation temporaire de lésions préexistantes avec tout au plus statu quo sine à six mois.

8. La Dresse D_____ a établi un rapport à l'attention du médecin traitant le 30 juillet 2014, dans lequel elle a préconisé, au vu des douleurs persistantes à type de lombosciatalgies bilatérales des membres inférieurs non-déficitaires, ainsi qu'une douleur de l'épaule gauche notamment, une consultation en rhumatologie pour adaptation du traitement antalgique.
9. Dans un rapport médical intermédiaire du 5 septembre 2014, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine générale, du centre médical de la Servette, a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales des membres inférieurs non déficitaires et une douleur de l'épaule gauche. Le patient avait subi une infiltration lombaire le 14 juillet, le pronostic était mitigé. La reprise du travail était de 100% depuis le 29 juillet 2014.
10. Le 10 octobre 2014, le docteur G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a préconisé de suivre les indications du Dr E_____ du 15 juillet 2014.
11. Par décision du 7 novembre 2014, la SUVA a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 1^{er} novembre 2014, motif pris que les troubles qui subsistent ne sont plus dus à l'accident, mais exclusivement d'origine malade.
12. Par courrier du 14 novembre 2014, l'assuré a formé opposition, alléguant qu'il n'avait aucune douleur avant l'accident et ne ressentait aucune gêne en travaillant. L'accident est donc bien le point de départ et la seule cause de ses troubles. Pour le surplus, les soins ne sont pas terminés.
13. Par décision du 8 janvier 2015, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, se référant à l'avis du Dr E_____ du 15 juillet 2014, selon lequel l'accident a entraîné uniquement une aggravation temporaire de l'état antérieur et prononcé un statu quo sine à six mois. Ce point de vue a été confirmé par le Dr G_____ dans une appréciation du 16 décembre 2014, aux termes de laquelle le bilan radiographique et clinique réalisé n'a pas montré de lésion objective au niveau de la colonne vertébrale. Par contre, il a permis de constater l'existence d'une pathologie d'origine dégénérative antérieure à l'accident, le canal lombaire étroit et des discopathies L5-S1, traduisant des lésions dégénératives de surcharge selon le rapport du radiologue du 30 avril 2014. Les avis médicaux obtenus de la part du médecin traitant et de l'hôpital cantonal ne mettent pas en évidence de déstabilisation définitive d'un état pathologique préalable. En l'absence de lésion structurelle imputable au sinistre annoncé, il est possible de considérer qu'au plus tard huit mois à dater de l'accident, ce dernier aura entièrement cessé de déployer ses effets.
14. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours en date du 9 février 2015. Il conteste la position de la SUVA, se référant à un examen médical récent de la Dresse C_____, au terme duquel les symptômes douloureux présentés par l'assuré au niveau du rachis cervical, lombaire et des membres inférieurs ont été directement consécutifs à l'accident du 5 mars 2014. Partant, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident ne peut pas être considéré comme étant

atteint dans le cas d'espèce. Il conclut à l'annulation de la décision, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise indépendante et à l'octroi de prestations d'assurance.

15. Dans sa réponse du 10 mars 2015, la SUVA a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis de ses médecins d'arrondissement et aux motifs contenus dans sa décision sur opposition.
16. Sur quoi, 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A 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.

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 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est fondée à mettre un terme à ses prestations au 1^{er} novembre 2014, plus particulièrement si les troubles présentés par le recourant sont encore en lien avec l'accident du 5 mars 2014.
5. a) Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2).

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).

b) 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. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate 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. 3.2 et ATF 125 V 456 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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.

c) 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 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). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

6. 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

7. Enfin, il sied de rappeler que 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 corresponde 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).
8. En l'espèce, suite à une chute sur le dos, le recourant souffre de lombosciatalgies bilatérales. Les examens radiologiques pratiqués n'ont pas montré de lésion post-traumatique, mais des altérations dégénératives de la colonne lombaire, sous forme

d'un canal lombaire étroit en L2-L3 et d'une protrusion discale L5-S1. De même, l'IRM cervicale a mis en évidence une discopathie modérée en C5-C6, sans compression radiculaire évidente.

A l'examen clinique du 6 mars 2014, la Dresse C_____ n'avait pas constaté de trouble neurologique et la cheffe de clinique du service de neurochirurgie des HUG avait diagnostiqué un lumbago, un status post chute, les douleurs du patient étant, au vu de l'IRM, plutôt d'origine musculaire (voir échographie des tissus mous paradorsaux gauches du 13 mars 2014 et IRM de la musculature para-vertébrale gauche du 11 avril 2014).

Le médecin-conseil de la SUVA a conclu le 15 juillet 2014 qu'il y avait une décompensation temporaire de lésions préexistantes avec tout au plus statu quo sine à six mois. Le Dr G_____ a confirmé cet avis en date du 17 décembre 2014, soulignant que les divers rapports médicaux recueillis ne mettent pas en évidence de déstabilisation définitive d'un état pathologique préalable de sorte que le statu quo sine est atteint au plus tard huit mois après l'événement.

Le rapport de la Dresse C_____ produit par le recourant ne permet pas de remettre en cause les conclusions des médecins de la SUVA, en l'absence d'autres documents médicaux, notamment radiologiques, démontrant une déstabilisation définitive. Par conséquent, il convient d'admettre que l'accident du 6 mars 2014 a entraîné une aggravation d'un état dégénératif préexistant. Or, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également les arrêts 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3).

Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations au 1^{er} novembre 2014.

9. Mal fondé, le recours est rejeté.
10. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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