

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/661/2004

ATAS/849/2004

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**5<sup>ème</sup> chambre**

**du 27 octobre 2004**

En la cause

**Monsieur M \_\_\_\_\_**

recourant

contre

**ZURICH SUISSE, service juridique, case postale, 8085 ZURICH**

intimée

**Siégeant : Mme Maya Cramer, Présidente, Mme Juliana BALDE et Mme Karine STECK, juges.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M \_\_\_\_\_, né en mai 1964, a été victime d'une chute en snowboard le 24 novembre 2001 qui a provoqué des douleurs cervicales.
2. Dans un premier temps, il s'est abstenu de consulter un médecin. En raison de la persistance des cervicalgies, il a consulté le 16 janvier 2002 le Docteur A \_\_\_\_\_ de la Permanence médicale de Chantepoulet qui lui a prescrit des antalgiques, des applications locales de médicaments et de la physiothérapie. Ce médecin a diagnostiqué une contusion cervicale. Selon son rapport du 16 avril 2003, le traitement était terminé le 8 février 2002.
3. Néanmoins, les douleurs ont persisté, de sorte que l'intéressé s'est adressé à nouveau fin 2002 au Docteur A \_\_\_\_\_, lequel l'a envoyé chez le Docteur B \_\_\_\_\_, rhumatologue. Ce dernier a diagnostiqué une dysfonction D1-D2 à droite. Il a fait faire également une IRM cervicale et dorsale qui a démontré entre autres des herniations intraspongieuses au niveau des plateaux supérieurs de C3-C4, une discopathie modérée en C4-C5, C5-C6 avec protrusion discale mais sans image de hernie ni effet compressif sur les racines.
4. Selon le Docteur C \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la ZURICH Assurance qui assure l'intéressé contre les accidents, une contusion cervicale ne pouvait pas laisser de séquelles à long terme, en cas de chute. Sur la base du rapport de l'IRM, il a constaté par ailleurs que l'assuré présentait des troubles dégénératifs étagés. Ce médecin a ainsi jugé que la situation était due à ces phénomènes dégénératifs et ne pouvait être mise en rapport avec l'accident survenu en novembre 2001.
5. Après avoir considéré dans un premier temps que les nuqualgies n'étaient plus dans un rapport de causalité avec l'accident au-delà du 31 janvier 2003, l'assureur-accidents a rendu le 9 juillet 2003 une décision formelle, par laquelle il a constaté que tel n'était plus le cas dès le 21 mars 2003. Il a par conséquent mis fin à ses prestations dès cette date.
6. Par lettre du 6 août 2003, l'assuré a interjeté opposition contre cette décision en concluant à son annulation et à la continuation de la prise en charge du traitement médical.
7. A la suite de cette opposition, son assureur-accidents l'a soumis à une expertise par le Docteur C \_\_\_\_\_, neurologue. Selon le rapport du 10 novembre 2003 de ce dernier, l'assuré a subi un traumatisme crânio-cervical mineur lors de son accident survenu en novembre 2001, il relève la présence d'une affection concomitante au niveau cervical d'ordre dégénératif et des périodes de rémission des douleurs. De l'avis de ce médecin, leur réactivation pouvait être facilement liée à tout autre traumatisme mineur, soit à des troubles de la posture et des sollicitations excessives

lors de mouvements. L'expérience médicale montrait que la symptomatologie disparaissait généralement un an après un tel traumatisme. Il n'y avait alors même pas de plaintes subjectives, ni d'anomalies à l'examen clinique. Dans la mesure où les anomalies radiologiques constatées étaient sans rapport avec l'accident survenu, celui-ci ne pouvait être considéré ni comme cause unique ni comme cause même partielle des atteintes encore actuelles à la santé de l'assuré. Celles-ci étaient dues à des facteurs étrangers, à savoir des discopathies d'ordre dégénératif en deux niveaux. Le status quo ante était atteint à partir d'avril 2003.

8. L'assuré s'est déterminé sur ce rapport par sa lettre du 12 décembre 2003. Il a en premier lieu reproché à l'expert une attitude non-professionnelle dans la mesure où celui-ci lui aurait dit avoir subi un accident de snowboard similaire sans que cet événement n'eût un impact sur le long terme. L'assuré a estimé qu'une telle comparaison était déplacée, dès lors que son cas était différent. Selon lui, l'IRM a démontré certains problèmes en lien avec l'accident. Il a également contesté avoir déclaré ne pas avoir de douleurs. Au contraire, il avait indiqué qu'il souffrait de douleurs en permanence depuis son accident, mais que celles-ci n'étaient pas trop fortes le jour de l'examen. Le Docteur B \_\_\_\_\_ n'aurait par ailleurs jamais indiqué à l'expert, tel que celui le relate dans son rapport, que son intervention relevait d'une affection médicale plutôt qu'accidentelle. L'assuré a en outre allégué qu'il ne pouvait être affirmé dans tous les cas que les suites d'un accident tel que le sien disparaissaient après une année. Il y avait des exceptions et il en était une. Il s'étonnait dès lors que l'expert fût arrivé à la conclusion que l'accident n'était plus responsable de ses problèmes de nuque, tout en rappelant qu'il n'avait jamais souffert de tels troubles avant sa chute en snowboard.
9. Par décision du 19 décembre 2003, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assuré, en se fondant sur le rapport du Docteur C \_\_\_\_\_.
10. Par acte du 30 mars 2004, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et à la prise en charge des frais de traitements liés à ses cervicalgies. Il a répété qu'il n'avait jamais souffert de tels troubles avant la survenance de son accident, de sorte qu'ils ne pouvaient être attribués à des lésions dégénératives. Il était par ailleurs impossible de dire avec une totale certitude que ses atteintes à la santé n'étaient pas liées à l'accident et, en cas de doute, l'assureur-accidents devait intervenir. Il convenait également de prendre en considération que, même si les atteintes à la santé consécutives à des dommages d'impact disparaissaient généralement après une année, il y avait des exceptions. Il a en outre expliqué qu'il n'avait pas consulté un médecin immédiatement après son accident, en raison des vacances de Noël.
11. Dans sa réponse du 11 mai 2004, l'intimée a conclu au rejet du recours en reprenant ses arguments antérieurs.

12. Dans sa réplique du 7 juin 2004, le recourant a contesté que son premier traitement s'était terminé fin février et a indiqué qu'il avait duré jusqu'à fin avril 2002. Ensuite, il avait espéré que le temps guérirait son problème, mais comme cela n'avait pas été le cas, il avait de nouveau consulté son médecin en décembre 2002. Il a relevé en outre que le Docteur C \_\_\_\_\_ n'avait trouvé aucune dégénérescence de son système nerveux, ce qui permettait de conclure que les troubles en cause avaient été provoqués par l'accident. Il a également mis en cause l'impartialité du Docteur C \_\_\_\_\_, du fait que ce dernier était payé par la ZURICH Assurance et l'avait traité comme un escroc à l'assurance.
13. L'intimée a persisté dans ses conclusions, dans sa duplique du 16 juillet 2004.

### **EN DROIT**

1. a. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1<sup>er</sup> juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

Egalement saisi de la question de l'inconstitutionnalité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a déclaré que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, soit en l'occurrence l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

b. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981.

c. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le 1<sup>er</sup> janvier 2003, la LPGA est entrée en vigueur. La décision litigieuse datant du 9 juillet 2003, cette dernière loi est applicable en l'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA) et 61 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA)).
4. 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.

a. 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 de la causalité naturelle 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; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b. Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a).

c. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il

---

est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

d. Conformément à la jurisprudence, selon l'expérience acquise en matière de médecine des accidents, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATFA non publié U 52/98 du 5 février 1999 ; ATA N. du 2 mars 1999). Ainsi, un traumatisme dorso-lombaire sans lésion osseuse cesse en principe de produire ses effets après plusieurs mois (ATFA non publiés U 194/94 du 3 avril 1995 et U 99/93 du 22 novembre 1993).

5. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En effet, selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157).

Par ailleurs, et s'agissant d'un rapport médical établi par un médecin employé de la SUVA, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que s'il était convaincant et que les objections invoquées à son encontre dans le cadre du recours de droit administratif ne suscitaient pas de doute quant à sa valeur probante, il était superflu

---

de se livrer à d'autres enquêtes médicales, car il ne fallait pas s'attendre à pouvoir faire d'autres constatations (extrait d'un ATF du 21 novembre 1988 en la cause B.F., 212; ATA du 29 mars 1994 en la cause S.).

6. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, 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 1993, no K 921, p. 159, consid. 3b; ATA R. du 21 novembre 2000).
7. En l'occurrence, le rapport d'expertise du Docteur C \_\_\_\_\_ arrive clairement à la conclusion que désormais seuls des facteurs étrangers à l'accident sont responsables des douleurs cervicales actuelles du recourant et ceci depuis le mois d'avril 2003. Ces facteurs étrangers consistent en des discopathies d'ordre dégénératif mis en évidence par l'IRM. Les conclusions du Docteur C \_\_\_\_\_ confirment l'évaluation effectuée par le Docteur C \_\_\_\_\_, médecin conseil de l'intimée. Il est également à relever qu'aucun autre avis médical divergeant ne figure dans le dossier. En particulier, le Docteur B \_\_\_\_\_ n'a jamais affirmé que les cervicalgies de son patient se trouvaient dans un rapport de causalité avec l'accident survenu.

L'expertise du Docteur C \_\_\_\_\_ remplit tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il convient de souligner à cet égard qu'il constitue un expert externe à l'intimée et donc un médecin totalement indépendant de celle-ci. Le fait qu'il ait été rémunéré pour ce travail par l'intimée n'y change rien. Il sied de rappeler en effet que même s'il était un médecin-conseil employé par cette assurance, ce fait ne serait pas suffisant pour susciter un doute quant à la valeur probante de son expertise, selon la jurisprudence en la matière. Ce n'est pas non plus parce que cet expert a mentionné, lors de l'examen du recourant, une expérience personnelle, à savoir son propre accident de snowboard et ses conséquences médicales, qu'il convient d'en tirer la conclusion qu'il avait dès le départ un parti pris. Au contraire, il résulte du rapport d'expertise que ce médecin s'est uniquement fondé sur l'anamnèse, les plaintes du recourant, l'examen clinique et le dossier radiologique pour arriver à la conclusion que les douleurs cervicales ont été provoquées par des lésions dégénératives préexistantes. Le fait que ce

rapport contienne éventuellement quelques inexactitudes quant au nombre des consultations et la durée du traitement ne saurait non plus le rendre moins crédible, s'agissant de détails sans grande importance.

Enfin, même si la causalité naturelle devait être admise, la causalité adéquate ferait certainement défaut, dès lors que, selon le cours ordinaire et l'expérience générale de la vie, un accident banal du genre de celui qu'a subi le recourant n'est pas propre à laisser sur le long terme des séquelles, comme cela a été dûment constaté par les Docteurs C \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :  
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare recevable le recours interjeté par Monsieur M\_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition du 19 décembre 2003 de la ZURICH Assurance.

**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 pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:

Yaël BENZ

La Présidente :

Maya CRAMER

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