

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 0/2}

8C\_373/2013

Arrêt du 11 mars 2014

Ire Cour de droit social

Composition

Mmes et M. les Juges fédéraux Leuzinger, Présidente, Frésard et Heine.  
Greffier: M. Beauverd.

Participants à la procédure

D. \_\_\_\_\_,  
représenté par Me Charles Munoz, avocat,  
recourant,

contre

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,  
Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne,  
intimée.

Objet

Assurance-accidents (causalité naturelle),

recours contre le jugement de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève du 9 avril 2013.

Faits:

A.

D. \_\_\_\_\_ travaille en qualité de directeur de la société X. \_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 12 février 2011, il a été soumis à une intervention chirurgicale pratiquée par le docteur R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, lequel a procédé en urgence à une discotomie microchirurgicale L5-S1 gauche en raison d'une hernie discale post-traumatique située à ce niveau (rapports des 14 et 15 février 2011). Le 13 février 2011, l'employeur a rempli une déclaration de sinistre LAA dans laquelle il a indiqué que l'assuré s'était fait mal au dos en voulant déplacer une rampe dans le garage, le 17 décembre 2010.

La CNA a pris en charge les frais de l'intervention et a alloué une indemnité journalière en raison d'une incapacité de travail de 100 % à partir du 7 février 2011. Celui-ci a repris son travail à mi-temps le 2 mai 2011 et à plein temps le 6 juin suivant.

Le 20 septembre 2011, le docteur R. \_\_\_\_\_ a fait état d'une excellente évolution tout en indiquant la persistance de lombalgies invalidantes et il a proposé une seconde opération consistant en une spondylodèse L4-L5-S1 avec neuronavigation. La CNA a requis l'avis des docteurs A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, et médecin de sa division de médecine des assurances (rapport du 10 novembre 2011) et S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin au service médical des agences (rapport du 28 novembre 2011).

Par décision du 5 décembre 2011, la CNA a supprimé le droit de l'assuré aux prestations d'assurance (frais de traitement et indemnité journalière) à partir du 6 juin 2011, date de la reprise du travail à 100 %. Toutefois, elle a renoncé à réclamer le remboursement des frais de traitement pris en charge au-delà de cette date. Saisie d'une opposition, elle l'a rejetée après avoir une nouvelle fois requis l'avis du docteur A. \_\_\_\_\_ (rapport du 14 septembre 2012). Elle a considéré, en résumé, que le statu quo sine avait été atteint le 6 juin 2011, de sorte que l'intervention chirurgicale envisagée et l'incapacité de travail en résultant n'étaient pas à sa charge (décision sur opposition du 28

septembre 2012).

B.

L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève, laquelle a rejeté le recours par jugement du 9 avril 2013.

C.

D.\_\_\_\_\_ forme un recours en matière de droit public contre ce jugement dont il demande la réforme, en concluant au maintien de son droit à des prestations d'assurance au-delà du 6 juin 2011. Subsidiairement, il requiert l'annulation du prononcé attaqué et le renvoi de la cause à la juridiction précédente pour nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. L'intimée conclut au rejet du recours. La cour cantonale et l'Office fédéral de la santé publique ont renoncé à présenter des déterminations.

Considérant en droit:

1.

Le recours est dirigé contre un arrêt final (art. 90 LTF) rendu en matière de droit public (art. 82 ss LTF) par une autorité cantonale de dernière instance (art. 86 al. 1 let. d LTF). Il a été déposé dans le délai (art. 100 LTF) et la forme (art. 42 LTF) prévus par la loi. Il est donc recevable.

2.

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 28 septembre 2012, à supprimer le droit du recourant à des prestations d'assurance (traitement médical et indemnité journalière) à compter du 6 juin 2011.

Lorsque le jugement entrepris porte sur des prestations en espèces et en nature de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral constate avec un plein pouvoir d'examen les faits communs aux deux objets litigieux et se fonde sur ces constatations pour statuer, en droit, sur ces deux objets. En revanche, les faits qui ne seraient pertinents que pour statuer sur le droit aux prestations en nature ne sont revus que dans les limites définies par les art. 97 al. 1 et 105 al. 2 LTF (arrêts 8C\_959/2011 du 19 décembre 2012 consid. 2; 8C\_522/2011 du 6 juillet 2012 consid. 2; 8C\_115/2011 du 26 janvier 2012 consid. 2).

3.

3.1. 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

3.2. 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; arrêts 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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.

3.3. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 n o U 378 p. 190 consid. 3, n o U 379 p. 192 consid. 2a; arrêts 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3; 8C\_486/2007 du 4 avril 2008 consid. 4.3.1).

4.

L'intimée a supprimé le droit du recourant aux prestations d'assurance à partir du 6 juin 2011, date de la reprise du travail à 100 %, motif pris que les troubles persistant après cette date, à savoir des lombalgies séquellaires à une opération de discectomie destinée à soigner une hernie discale d'origine exclusivement malade, n'étaient pas dus à l'accident du 17 décembre 2010.

De son côté, la cour cantonale a constaté que le recourant avait été opéré d'une hernie discale L4-L5 en 2006 (soit à une époque où l'intéressé n'était pas assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de l'intimée). Par la suite, l'intéressé a annoncé deux accidents à la CNA: le 17 avril 2009, lors d'une chute, il a subi un mouvement de torsion secondaire au niveau rachidien, mais n'a pas présenté de lésion objectivable; le 17 décembre 2010, il a ressenti une douleur au dos en voulant déplacer une rampe. Selon la juridiction cantonale, ces deux accidents qui ne revêtent pas une importance particulière, ne peuvent pas être considérés comme des événements de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral. En outre, en ce qui concerne le second accident, l'assuré n'a pas subi une incapacité de travail immédiatement après le 17 décembre 2010 et la discectomie microchirurgicale L5-S1 a été pratiquée en urgence le 12 février 2011 seulement par le docteur R.\_\_\_\_\_. Aussi la juridiction précédente est-elle d'avis que cet état de fait corrobore les conclusions du docteur A.\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'événement du 17 décembre 2010 constituait seulement une décompensation symptomatique d'une hernie discale préexistante. En outre, elle a fait sien le point de vue du docteur S.\_\_\_\_\_, d'après lequel il était difficile de retenir, au degré de la probabilité, une relation de causalité entre ledit événement et une aggravation durable des discopathies préexistantes; certes, celui-ci a pu jouer un rôle révélateur mais il ne produisait plus d'effet au moment de l'intervention chirurgicale au mois de février 2011. Par ailleurs, la cour cantonale a considéré que les conclusions des médecins prénommés n'étaient pas remises en cause par l'avis du docteur R.\_\_\_\_\_, lequel avait indiqué que la discectomie microchirurgicale L5-S1 pratiquée le 12 février 2011 avait été rendue nécessaire par une hernie discale post-traumatique située à ce niveau (rapport du 23 juin 2011). A cet égard, elle a retenu qu'il y avait une contradiction dans les observations du médecin prénommé en ce sens qu'il qualifie l'évolution de satisfaisante, tout en indiquant la persistance de douleurs lombaires nécessitant une nouvelle intervention (rapport du 20 septembre 2011).

5.

5.1. Par un premier moyen, le recourant reproche à la cour cantonale d'avoir écarté sommairement ses critiques tendant à démontrer que les avis des docteurs S.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ sont dénués de toute force probante. Sur ce point, il fait valoir que ces appréciations ne reposent pas sur un examen personnel, que le docteur A.\_\_\_\_\_ a changé d'opinion au sujet du lien de causalité et que les deux médecins prénommés ont été consultés par l'assureur-accidents.

5.2. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références).

5.3. En l'occurrence, le grief du recourant n'est pas fondé. Contrairement à ce qu'il soutient, le docteur A.\_\_\_\_\_ n'a pas changé d'opinion au sujet du lien de causalité. Dans son premier rapport du 10 novembre 2011, il a simplement indiqué qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur ce point en l'état du dossier médical et il a demandé un complément d'enquête au service médical des agences de la CNA. Le docteur S.\_\_\_\_\_ a fait suite à cette requête en établissant son rapport du 28 novembre 2011. En outre, d'après la jurisprudence précitée, le fait que les docteurs A.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont été consultés par l'intimée n'a pas d'incidence sur la valeur probante de leurs conclusions. On ne saurait par ailleurs attacher une importance déterminante à l'absence d'un examen médical personnel de l'assuré lorsque, comme en l'occurrence, les médecins consultés ont eu accès à un dossier médical contenant tous les documents nécessaires pour trancher en connaissance de cause le point de savoir si une hernie discale a été provoquée par un accident ou si elle a été seulement déclenchée par cet événement. En effet, les médecins prénommés ont pris en considération l'ensemble des pièces du dossier médical, lequel contient notamment un compte-rendu opératoire du 14 février 2011 et de nombreux documents radiologiques (IRM de la colonne lombaire [du 29 juin 2011] et de la colonne lombo-sacrée [du 31 janvier 2011]; clichés fonctionnels de la colonne lombaire [du 24 mars 2012]; rapport d'infiltration des articulations interfacettaires postérieures L5-S1 [du 28 juillet 2011]).

6.

6.1. Par un deuxième moyen, le recourant reproche à la juridiction cantonale d'avoir écarté l'avis du docteur R.\_\_\_\_\_ au seul motif qu'il y avait une contradiction dans les observations de ce médecin, en ce sens qu'il qualifie l'évolution de satisfaisante, tout en indiquant la persistance de douleurs lombaires nécessitant une nouvelle intervention. Selon l'intéressé, le médecin prénommé est à même de dire si les lombalgies sont liées ou non à la discotomie L5-S1 gauche et il n'y a aucune contradiction à indiquer chez un patient une évolution favorable dans son ensemble, à l'exception d'un seul point.

6.2. Dans son rapport du 14 septembre 2012, le docteur A.\_\_\_\_\_ a indiqué que pour admettre une relation de causalité au moins partielle (dans la mesure où généralement le disque est déjà porteur d'une altération dégénérative) entre un accident et le développement d'une hernie discale, il faut que trois critères soient remplis, à savoir:

- l'existence d'un mécanisme accidentel "adéquat" ou "majeur", ayant induit un mécanisme combiné de compression/extension;
- l'apparition rapide d'une radiculopathie typique en relation avec la localisation herniaire;
- l'absence de symptomatologie préalable à l'accident en rapport avec la hernie discale diagnostiquée.

Au sujet de l'accident survenu le 17 avril 2009, le docteur A.\_\_\_\_\_ a indiqué que cet événement ne constituait pas un traumatisme majeur, qu'il n'avait provoqué aucune lésion d'étiologie traumatique, même de nature contusive, et que le syndrome algique aigu s'était atténué rapidement, au point que l'assuré avait indiqué le 28 mai 2009, dans sa réponse au questionnaire de la CNA, que le traitement des suites de l'accident était terminé. Une fois l'épisode aigu passé, l'intéressé n'avait pas présenté de symptomatologie particulière au niveau lombaire. Aussi le médecin prénommé est-il d'avis que cet accident n'a pas entraîné de troubles majeurs ou de longue durée et qu'en l'absence de lésions traumatiques ressortant de l'IRM lombaire réalisée le 22 avril 2009, il n'y avait pas de motif d'admettre que cet événement avait eu des séquelles. Par ailleurs, celui-ci n'avait entraîné aucune décompensation structurelle de l'état préexistant à l'accident, à savoir un status postopératoire (discectomie L4-L5), ainsi qu'une discopathie L5-S1 qui avaient été objectivés lors de l'examen radiologique susmentionné. Quant au point de savoir si l'accident du 17 avril 2009 était à l'origine d'une décompensation symptomatique de l'état préexistant, il pouvait être laissé indéterminé, dès lors que celle-ci était complètement résorbée le 28 mai 2009 et qu'aucun symptôme n'a été ensuite annoncé jusqu'à la survenance du deuxième accident, le 17 décembre 2010.

En ce qui concerne ce deuxième accident, le docteur A.\_\_\_\_\_ s'est référé à la description de l'accident donnée par l'assuré, selon laquelle il avait saisi la rampe de chargement en aluminium d'un poids approximatif de 30 kg pour la tirer en reculant et était tombé après avoir trébuché sur un tuyau.

Selon ce médecin, le fait que l'intéressé est tombé en tenant encore la rampe - qu'il ne portait pas mais qu'il tirait - ne permet de conclure que sa colonne lombaire a subi une charge significativement supérieure à celle découlant de sa propre chute. Aussi est-il d'avis que l'événement en question n'était pas de nature à entraîner une décompensation structurelle - sous la forme d'une herniation discale aiguë traumatique - de la discopathie L5-S1 préexistante. Par ailleurs, même si une douleur de type sciatalgique à gauche est apparue immédiatement après l'accident, comme l'a déclaré l'assuré, celui-ci a attendu plusieurs semaines avant de consulter un médecin et a pu poursuivre son activité professionnelle. Le docteur A. \_\_\_\_\_ infère de ces circonstances qu'une telle période de latence n'est absolument pas le signe d'une compression radiculaire aiguë sur hernie discale traumatique mais qu'elle évoque bien plutôt une décompensation symptomatique de la hernie discale L5-S1 préexistante, dont les effets sont limités dans le temps. Cette symptomatologie était encore au moins partiellement en rapport avec l'accident le 12 février 2011, date de l'opération de discotomie microchirurgicale L5-S1 effectuée par le docteur R. \_\_\_\_\_ et dont la prise en charge incombait donc à l'assureur-accidents. Etant donné l'évolution postopératoire favorable, avec reprise de l'activité en plein à partir du 6 juin 2011, le docteur A. \_\_\_\_\_ est d'avis que le statu quo sine a été atteint à cette date.

6.3. Cet avis médical est convaincant. Il prend en considération l'ensemble des constatations objectives ressortant des rapports d'examens radiologiques versés au dossier et contient des conclusions dûment motivées. En outre, il n'est pas remis en cause par le point de vue du docteur R. \_\_\_\_\_, lequel indique, sans aucune motivation, l'existence d'une hernie discale post-traumatique, ainsi que l'absence d'un facteur étranger à l'accident susceptible d'influencer le processus de guérison (rapports des 21 mars, 31 mai, 23 juin et 20 septembre 2011). Au demeurant, l'avis du docteur A. \_\_\_\_\_ est corroboré par le docteur S. \_\_\_\_\_, selon lequel l'existence d'une relation de causalité entre l'événement du 17 décembre 2010 et une aggravation durable des discopathies préexistantes apparaît peu probable.

6.4. Evoquant le déroulement de l'accident du 17 décembre 2010, le recourant allègue qu'au moment de sa chute sur les fesses, il tenait une plaque en aluminium d'un poids de 30 kg à 40 kg et que cette masse supplémentaire a fortement accentué l'effet de la chute, de sorte que l'accident était de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral.

En l'occurrence, il n'est toutefois pas nécessaire de déterminer avec plus de précision les circonstances exactes dans lesquelles s'est déroulée la chute. En effet, même si l'on devait admettre que cet événement était en soi de nature à entraîner une hernie discale, la trop longue période de latence précédant l'apparition des symptômes et la survenance de l'incapacité de travail ne permettrait pas de considérer cette chute comme la cause proprement dite d'une telle atteinte.

6.5. Cela étant, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte discale aux niveaux L4-L5 et L5-S1 et un événement accidentel doit être niée, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise complémentaire, comme le demande le recourant. Par ailleurs, en ce qui concerne la décompensation symptomatique de la hernie discale L5-S1 déclenchée par l'accident du 17 décembre 2010, il y a lieu de considérer que le statu quo sine était atteint le 6 juin 2011.

Dans ces conditions, l'intimée était fondée à supprimer le droit du recourant à des prestations d'assurance (traitement médical et indemnité journalière) à partir de cette date. A cet égard, il sied d'ailleurs de rappeler qu'elle a renoncé à réclamer le remboursement des frais de traitement pris en charge après le 6 juin 2011.

6.6. Par un moyen subsidiaire, le recourant reproche à l'intimée un comportement contradictoire en ce sens qu'elle a d'abord alloué des prestations sans formuler la moindre réserve, avant de requérir l'avis du docteur A. \_\_\_\_\_ au moment où le docteur R. \_\_\_\_\_ a proposé une nouvelle intervention au mois de septembre 2011.

Dans la mesure où il entend ainsi se prévaloir d'une violation de son droit à la protection de la bonne foi expressément consacré à l'art. 9 Cst., le recourant n'expose pas en quoi les conditions auxquelles un citoyen peut exiger de l'autorité qu'elle respecte ses promesses et évite de se contredire (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636 s.; 129 I 161 consid. 4.1 p. 170 et les références) sont en l'occurrence réalisées. Aussi ce grief, qui ne satisfait-il pas aux exigences de motivation posée à l'art. 42 al. 2 LTF, n'est-il pas admissible.

7.

Vu ce qui précède, le jugement attaqué n'est pas critiquable et le recours se révèle mal fondé. Le recourant, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 800 fr., sont mis à la charge du recourant.

3.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de la République et canton de Genève et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 11 mars 2014

Au nom de la Ire Cour de droit social  
du Tribunal fédéral suisse

La Présidente: Leuzinger

Le Greffier: Beauverd