

BGer U 233/01 vom 7. März 2003

Bundesgericht, 2003-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_U_233_01

FR: TF U 233/01 du 7 mars 2003

IT: TF U 233/01 del 7 marzo 2003

Regeste

Assurance-accidents

Erwägungen

E. 1

Est litigieux dans le cas d'espèce, le droit de l'intimé à des prestations d'assurances de la recourante au-delà du 31 octobre 1996 à raison des suites des accidents du 1er septembre 1994 et du 11 février 1995.

E. 2

Sur la base de l'expertise du docteur N. _____ du 29 juillet 1999 et de son complément du 15 décembre 2000, les premiers juges ont considéré que les deux accidents entraînaient une incapacité globale de travail de 35 % dans l'activité habituelle de l'intimé, soit 20 % en raison de l'impotence fonctionnelle du bras gauche et 15 % en raison de troubles neuropsychologiques modérés. L'Elvia fait grief aux premiers juges de s'être basés sur les conclusions de l'expert judiciaire, principalement sous l'angle de l'incapacité de travail imputée aux accidents du 1er septembre 1994 et du 11 février 1995, au regard des nombreux accidents dont avait été victime l'intimé et des différentes incapacités de travail attestées par le médecin-traitant et les experts mandatés par d'autres assureurs avant les accidents de 1994 et 1995. D'autre part, s'agissant des troubles neuropsychologiques, elle reproche à l'instance inférieure de ne pas avoir examiné sa responsabilité sous l'angle de la causalité adéquate après avoir admis un lien de causalité naturelle entre les troubles et l'incapacité de travail consécutifs à l'accident du 1er septembre 1994.

E. 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. 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 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 sv consid. 5a et les références).

E. 3.2

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (ATF 119 V 335 , 117 V 359), de traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67) ou de traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la vue, de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ss consid. 2, 117 V 360 sv consid. 4b). Ensuite, si l'accident est de gravité moyenne, il faut examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 sv consid. 6a et 382 sv consid. 4b. Ces critères sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail. A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa), il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv consid. 3b). Toutefois, si les troubles appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral bien qu'en partie établis, sont rapidement relégués au second plan par rapport aux problème d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux mentionnés aux ATF 117 V 366 sv consid. 6a et 382 sv consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (RAMA 2002 no U 465 p. 437; ATF 123 V 99 consid. 2a).

E. 4.1

Au terme de son expertise du 29 juillet 1999, le docteur N._____ a conclu qu'une incapacité de travail de 70 % dans l'activité exercée par l'intimé lui paraissait cohérente avec les déficits dont il souffrait à ce moment-là; 40 % de l'incapacité étaient liés à l'impotence fonctionnelle du bras gauche et les 30 autres étaient à mettre en rapport avec des troubles neuropsychologiques modérés. L'incapacité était aggravée par des troubles non liés aux

accidents de 1994 et 1995; ainsi, s'agissant du syndrome post-commotionnel, la moitié de l'incapacité relevait des accidents antérieurs, notamment ceux de 1980 et de 1985; s'agissant de l'impotence fonctionnelle du bras gauche, la moitié de l'incapacité de travail relevait de chondrocalcinoses pluriarticulaires et de troubles neurogènes probablement liés au syndrome de Klippel-Trénaunay. Entendu par le Tribunal, le docteur N._____ a indiqué que l'appréciation relative à l'incapacité de travail, avait été effectuée en tenant compte d'une totale récupération de la capacité de travail avant l'accident de 1994 selon les indications du patient (procès-verbal d'audition du 1er septembre 2000). Invité par le Tribunal à déterminer la capacité de travail effective de S._____ avant l'accident du 1er septembre 1994, le docteur N._____ a contacté le médecin-traitant de l'assuré qui n'a pas désiré entrer en matière sur ce point et retenu que S._____ présentait une capacité de travail de 50 % avant les accidents de 1994 et 1995, selon une évaluation objective des maigres pièces médicales du dossier de l'AI (rapport complémentaire). Les premiers juges ont retenu que les conséquences des accidents de 1994 et 1995 devaient être appréciées à l'aune d'une capacité de travail déjà réduite de moitié par des événements antérieurs. Considérant que l'expert au plan orthopédique avait arrêté une incapacité de travail de 40 %, dont la moitié devait être attribuée à l'état antérieur, ils ont fixé à 20 % l'incapacité de travail en raison de l'impotence fonctionnelle du bras gauche; au plan neuropsychologique, ils ont arrêté une incapacité de travail de 30 % et un taux net de 15 % compte tenu de l'état antérieur; en définitive, ils ont retenu une incapacité de travail de 35 % à charge de la recourante.

E. 4.2

L'instance inférieure ne peut être suivie dans son raisonnement. L'expert retenait que l'intimé présentait en 1999 une incapacité de travail de 70 % dans son activité habituelle; dans son complément de décembre 2000, il a retenu cependant que l'intimé ne disposait avant les accidents de 1994 et de 1995 que d'une capacité effective de travail de 50 %. Sous cet angle, l'aggravation de l'incapacité de travail globale, entre septembre 1994 et juillet 1999, ne s'élève qu'à 20 %. Le taux de 35 % fixé par les premiers juges ne s'explique pas, sauf à considérer que les effets délétères des événements antérieurs aux accidents de 1994 et 1995 sur la capacité de travail de l'intimé se seraient résorbés pendant cette période, ce que toutefois aucune pièce médicale dans le dossier ne permet de retenir. D'autre part, la recourante critique avec raison l'expertise et ses conclusions sous l'angle des incapacités de travail imputées aux accidents en cause. L'incapacité de travail retenue en juillet 1999 par l'expert pour les suites des accidents de 1994 et 1995 se basait sur une pleine capacité de travail de l'intimé avant le 1er septembre 1994. Par la suite, l'expert a retenu que la capacité de travail effective avant l'accident en cause ne s'élevait qu'à 50 %, taux que la recourante conteste également. Ni l'expert, ni les premiers juges n'ont cependant examiné l'incidence concrète de cet élément, fondamentalement différent de celui retenu initialement, sur l'appréciation de l'incapacité de travail effectuée sur la base du postulat d'une pleine capacité de travail avant le 1er septembre 1994. Sous l'angle de l'incapacité de travail consécutive à l'accident de 1994 et à l'accident de 1995, et indépendamment de la capacité effective réelle avant le premier accident, les prémisses de l'expertise se révèlent erronées et les appréciations sur ce point lacunaires; ces éléments enlèvent toute force probante à ses conclusions et les premiers juges ne pouvaient se baser sur celles-ci pour trancher le litige qui leur était soumis.

E. 5

Lors de l'accident du 1er septembre 1994, l'intimé a été victime d'une blessure à l'arcade sourcilière et d'un traumatisme crânio-cérébral qui a entraîné un syndrome post-commotionnel avec céphalées, troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels, ainsi que des sensations vertigineuses et des troubles du sommeil, soit un ensemble de troubles neuropsychologiques sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (ATF 119 V 338 ss consid. 2, 117 V 360 sv consid. 4b). Compte tenu de son déroulement et des atteintes qu'il a générées, l'accident du 1er septembre 1994 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. En effet, l'intimé a heurté le crochet de sa douche et s'est ouvert l'arcade sourcilière sur une longueur de 3 cm; il a pu se rendre à la permanence des Pâquis où la plaie a été suturée et où on lui a prescrit du repos. On ne voit pas que l'accident du 1er septembre 1994 ait été particulièrement dramatique ou d'une nature particulièrement impressionnante. Si, à la différence de la plaie à l'arcade sourcilière, le traumatisme cérébral subi par l'intimé ne saurait figurer parmi les atteintes à la santé de peu de gravité, en ce sens qu'une telle lésion peut, le cas échéant entraîner un cortège de symptômes susceptibles de perdurer durant des années, on doit néanmoins constater que dans le cas d'espèce, elle s'est avant tout manifestée par la recrudescence de troubles préexistants et n'a entraîné selon le dernier expert que des troubles neuropsychologiques modérés. La durée du traitement médical de la plaie a été rapide, pour le reste, il a consisté essentiellement en des investigations, sans mise en oeuvre de mesures thérapeutiques et pour des troubles déjà connus avant l'accident. Quant à l'incapacité de travail totale attestée après l'accident du 1er septembre 1994, elle se confond, après une reprise d'activité à 20 % le 4 octobre, puis à 30 % le 2 novembre 1994, avec celle consécutive à l'accident du 11 février 1995 et doit être examinée à l'aune de l'incapacité de 50 % déjà présente avant l'accident, retenue par l'expert judiciaire; enfin, on ne saurait perdre de vue que celui-ci, même en partant de prémisses erronées ne retient en définitive qu'un faible taux d'incapacité de travail lié aux troubles neuropsychologiques. En définitive, l'analyse des critères objectifs consacrés par la jurisprudence ne permet pas de conclure à un rapport de causalité adéquate ou, en d'autres termes, de retenir que l'accident ait eu une importance déterminante dans l'éventuelle incapacité de travail, respectivement de gain que l'intimé pourrait présenter après l'accident du 1er septembre 1994.

E. 6

Lors de l'accident du 11 février 1995, l'intimé a été victime d'une fracture intra-articulaire déplacée de l'olécrane gauche qui a nécessité une ostéosynthèse par haubanage le 12 février 1995; l'ablation du matériel a eu lieu le 7 mars 1996. Dans son rapport du 3 décembre 1996, le docteur K. _____ a retenu que l'incongruence articulaire séquellaire était d'importance minime et la mobilité du coude excellente. L'évolution pouvait être considérée comme stationnaire mais le statu quo sine ne serait plus atteint en raison de la séquelle anatomique intra-articulaire qui pouvait à long terme favoriser l'apparition d'une arthrose. Les douleurs et les multiples troubles fonctionnels dont se plaignait l'assuré étaient très vraisemblablement sans relation avec l'accident en cause. L'incapacité de travail en relation avec cet accident avait cessé trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 7 mars 1996. Les douleurs du poignet et de l'épaule gauche n'étaient pas imputables à l'accident mais à la chondrocalcinose présentée par l'assuré. La seule atteinte durable qui pourrait être attribuée à l'accident était la petite limitation fonctionnelle du coude gauche. Rendu après une anamnèse étendue du parcours médical et un examen de l'intimé, prenant en compte les plaintes exprimées, discutant les différentes problématiques médicales présentées par l'intéressé de manière conséquente et se terminant par des conclusions

motivées, ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il n'en va pas de même du volet orthopédique de l'expertise judiciaire confiée au docteur T. _____; en effet celui-ci ne retient qu'une anamnèse médicale succincte, ne discute pas le rapport du docteur K. _____, ni se prononce sur les conclusions émises par son confrère, et comporte, particulièrement sous l'angle de l'incapacité de travail imputable à l'accident - indépendamment des prémisses erronées sur lesquelles il repose (consid. 4.2 supra) - des conclusions peu motivées. Cela étant, le docteur T. _____ a retenu que l'intimé gardait comme séquelle de l'accident une arthrose débutante radio-cubito-humérale gauche qui se manifestait par des douleurs et une limitation fonctionnelle du coude gauche. Il présentait d'autre part des signes cliniques d'un conflit sous-acromial douloureux à l'épaule gauche et des signes de chondrocalcinose localisée à l'épaule gauche et au poignet gauche, sans lien avec l'accident, qui entraînaient des douleurs et une impotence partielle de cette épaule et des douleurs au poignet gauche. Sous cet angle, les conclusions diffèrent peu de celle retenues par le docteur K. _____. Sur cette base et après avoir fait procéder à une électroneuromyographie, le docteur N. _____ a constaté que l'intimé présentait une fracture de l'olécrane gauche ostéosynthésée avec arthrose radiocubitale humérale secondaire et axonotmésis du nerf cubital gauche. D'autres diagnostics sans rapport avec l'accident pouvaient expliquer les douleurs au membre supérieur gauche, tel le conflit sous-acromial à l'épaule gauche, la chondrocalcinose avec lésions pluriarticulaires aux deux poignets et à l'épaule et une polyneuropathie diffuse; seule une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 20 % apparaissait imputable à l'accident. Si les examens neurologiques ont montré que l'intimé présentait effectivement les signes d'une atteinte du nerf cubital gauche, ni les examens réalisés lors de l'expertise ou précédemment, ni les explications de l'expert sur ce point ne permettent cependant de retenir que les signes d'une telle atteinte puisse être rapportée à l'accident de 1995 avec un degré de vraisemblance suffisant. En définitive, compte tenu des prémisses erronées de l'expertise judiciaire, ainsi que de ses aspects lacunaires, les conclusions du docteur K. _____ sur l'incapacité de travail imputable à l'accident du 11 février 1995 apparaissent les plus convaincantes et doivent être retenues.

E. 7

Le jugement cantonal doit ainsi être annulé. La recourante s'étant proposée d'examiner la question de l'atteinte à l'intégrité et de l'évolution arthrosique pour les suite de l'accident du 11 février 1995 ultérieurement, le dossier doit lui être renvoyé pour procéder dans ce sens.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.