

# **GE\_GERICHTE ATAS/1078/2011 vom 15. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1078\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1078_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1078/2011 du 15 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1078/2011 del 15 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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

A/759/2011 - 8/16 - 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.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 345, consid. 3).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable.

### **E. 4**

L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'assurance était fondée à cesser le versement des prestations légales de l'assurée dès le 16 novembre 2010.

### **E. 5**

Il convient préalablement d'examiner la requête de suspension de procédure formulée par l'assurée dans sa réplique. En vertu de l'art. 14 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10), lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions. La suspension de la procédure peut également être prononcée pour les motifs énoncés à l'art. 78 LPA, soit à la requête simultanée de toutes les parties (let. a), le décès d'une partie (let. b), la faillite d'une partie (let.c), son interdiction (let. d), la cessation des fonctions en vertu desquelles l'une des parties agissait (let. e) ou le décès, la démission, la suspension ou la destitution de l'avocat ou du mandataire qualifié constitué (let. f). Force est de constater qu'aucune des conditions légales n'est réalisée en l'espèce.

L'assurée n'invoque pas l'existence d'une autre procédure dont l'issue pourrait influencer sur le sort de la présente cause. Une suspension en vertu de l'art. 78 LPA ne peut pas non plus être ordonnée, l'assurance s'étant formellement opposée à une telle mesure. Par surabondance, l'assurée a interjeté recours le 11 mars 2011 déjà, et a disposé de deux prolongations de délai pour le dépôt de sa réplique. Elle n'a pas non plus produit les documents annoncés dans les mois qui ont suivi la duplique de

A/759/2011 - 9/16 - l'assurance. En outre, plus de neuf mois se sont écoulés depuis la décision litigieuse. Partant, on peut considérer que l'assurée a disposé d'un laps de temps assez long pour le cas échéant procéder aux examens destinés à étayer son argumentation. Partant, elle sera déboutée de sa conclusion tendant à la suspension de la procédure.

## **E. 6**

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335, consid. 1). 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*) (ATF 8C\_551/2007 du 8 août 2008, consid. 2.2). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type coup du lapin, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral 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 têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011, consid. 3.2).

## **E. 7**

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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; ATF 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement

A/759/2011 - 10/16 - aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V

102, consid. 5b/bb; ATF 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359, consid. 6; ATF 8C\_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (ATF 8C\_510/2008 du 24 avril 2009, consid. 5.2; ATF U 369/01 du 4 mars 2002, consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères suivants, dont la liste est exhaustive (ATF 134 V 109, consid. 10.2; ATF 8C\_311/2009 du 26 octobre 2009, consid. 4.1) : – les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; – la gravité ou la nature particulière des lésions; – l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; – l'intensité des douleurs; – les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

A/759/2011 - 11/16 - – les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; – l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 et les références, ATF 115 V 133, consid. 6c/aa). Pour déterminer s'il existe ou non un rapport de causalité adéquate dans les cas d'accident de type "coup du lapin", il n'est pas nécessaire d'établir si les atteintes mentionnées ont une origine somatique ou psychique. Pour décider, dans un cas concret, de l'existence ou non de ce rapport de causalité adéquate, on applique par analogie les mêmes critères que ceux dégagés par la jurisprudence à propos des troubles psychiques, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques: les trois critères de la gravité ou la nature particulière des lésions subies, des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques. (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in

Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 98 p. 873).

## **E. 8**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286, consid. 1b).

A/759/2011 - 12/16 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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; ATF U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 125 V 351, consid. 3 et les références). La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire

administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des

A/759/2011 - 13/16 - Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d).

## **E. 9**

En l'espèce, le Dr H\_\_\_\_\_ a admis que le statu quo ante était atteint cinq mois après l'accident de l'assurée, soit dès le 16 novembre 2010. Son rapport correspond aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus. Il contient en effet une anamnèse, relate les plaintes de l'assurée, se fonde sur l'étude du dossier médical et sur son examen clinique. Le rhumatologue a par ailleurs motivé ses conclusions. Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis de ce spécialiste, que corrobore d'ailleurs le médecin-conseil de l'assurance. On notera en outre qu'il n'existe pas d'autres avis remettant en cause les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. Le Dr E\_\_\_\_\_ n'a en effet pas attesté d'incapacité de travail dans son rapport du 19 novembre 2010, à l'instar du Dr J\_\_\_\_\_. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il ne s'est pas prononcé sur ce point. La Dresse C\_\_\_\_\_ a certes fait état d'une capacité de travail réduite dans son rapport du 6 septembre 2010. Cependant, la formulation de son rapport laisse à croire qu'elle se fonde à cet égard sur les déclarations de l'assurée, qui ne l'avait cependant pas consultée durant une partie de la période d'incapacité. Partant, les indications de ce médecin ne peuvent guère être considérées comme concluantes sur ce point. Elles ne sont quoi qu'il en soit pas en contradictions avec celles du Dr H\_\_\_\_\_, puisque ce dernier admet l'existence d'une incapacité de travail à la date du rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_. En outre, il y a lieu de relever que le cas de l'assurée diffère de la situation rencontrée en général lors d'accidents induisant un coup du lapin. En effet, l'assurée avait des lésions dorsales avant son accident et venait d'ailleurs de reprendre le travail après une incapacité de travail due à des problèmes de cet ordre. On ne se trouve dès lors pas dans la situation classique liée au coup du lapin, à savoir celle où un assuré présente des souffrances non objectivables. Les douleurs alléguées par l'assurée et subsistant après le 15 novembre 2010 peuvent en effet s'expliquer par les atteintes préexistantes. A cet égard, la Cour de céans retiendra que l'argumentation de l'assurée, qui allègue ne pas avoir eu d'hernie avant son accident, revient à adopter un raisonnement post hoc, ergo propter hoc. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). 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. Ici, le rapport de radiographie du Pr B\_\_\_\_\_ a mis en évidence l'origine dégénérative des discopathies cervicales de l'assurée. L'IRM lombaire réalisée le 31 mars 2010, soit avant l'accident, à laquelle se réfère le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ évoque également des troubles dégénératifs de la colonne. Il sied d'ajouter que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine

A/759/2011 - 14/16 - 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 (ATF 8C\_486/2007 du 4 avril 2008, consid. 4.3.1). L'assurée soutient également que son dossier n'a pas été instruit de manière complète. Elle reproche à l'assurance de ne pas avoir procédé à une expertise pluridisciplinaire. Sur ce point, il faut rappeler que selon la jurisprudence, une telle mesure est indiquée en matière de lésions du rachis cervical par accident de type coup du lapin, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, pour autant que l'état de santé d'un assuré ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 8C\_262/2008 du

## **E. 11**

février 2009, consid. 2.2). Tel n'est pas le cas ici: d'une part, comme on l'a vu, l'assurée présente des lésions préexistantes expliquant ses douleurs dorsales, si bien qu'il existe un substrat organique à ses plaintes. De plus, elle a admis lors de son entretien avec le Dr H\_\_\_\_\_ que son état de santé s'améliorait, et a affirmé dans son opposition que son incapacité de travail s'était achevée le 15 décembre 2010, soit moins de six mois après l'accident. Une telle expertise n'était partant pas nécessaire. Quant à l'IRM fonctionnelle par la technique dite de tenseur de diffusion 3D, le Tribunal fédéral a rappelé dans sa jurisprudence récente qu'il ne s'agissait pas d'une méthode diagnostique éprouvée et qu'on ne pouvait conférer de valeur probante à un tel examen pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés et un traumatisme par accélération cervicale ou équivalent (ATF 8C\_978/2009 du 14 janvier 2011, consid. 5.2 et les références citées). Par conséquent, par appréciation anticipée des preuves, il convient de renoncer à diligenter un tel examen. L'assurée fait enfin grief à l'assurance de ne pas avoir amené la preuve de la disparition du caractère causal de l'accident. Cet argument ne résiste cependant pas à l'examen. En effet, le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ est clair à cet égard, dans la mesure où il fixe le statu quo ante au 16 novembre 2010 et que cette appréciation doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, 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 (ATF 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3). Par surabondance, même s'il fallait admettre que les symptômes de l'assurée sont exclusivement imputables au coup du lapin subi lors de l'accident du 16 juin 2010, cela ne suffirait pas à établir un droit aux prestations de l'assurance après le 15 novembre 2010, conformément à la jurisprudence développée ci-dessus. S'agissant de la gravité de l'accident, on rappellera que l'assurée a déclaré qu'elle roulait à environ 40 km/h lorsque sa voiture a été percutée. Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être

A/759/2011 - 15/16 - qualifié d'accident gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (ATF 8C\_788/2008 du 4 mai 2009, consid. 3). Rien ne justifie dans le cas d'espèce qu'on s'écarte de cette appréciation. Quant aux critères dégagés par la jurisprudence, ils ne sont pas réunis en l'espèce. L'accident ne s'est pas déroulé de manière dramatique et n'avait rien de spécialement impressionnant. Si plusieurs voitures ont été embouties dans la collision du 16 juin 2010, l'assurée n'a pas subi de perte de connaissance et a pu s'extraire seule de son véhicule. Elle n'a pas subi de lésions particulièrement graves.

Son traitement, lequel a duré moins de six mois, n'a en outre pas été entaché d'erreurs aggravant son état. L'assurée a admis une évolution lentement favorable, de sorte qu'on ne peut non plus retenir de complications durant sa convalescence. S'agissant du critère ayant trait à l'intensité des douleurs, on notera que malgré les cervicalgies alléguées, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de limitation des amplitudes articulaires cervicales, si bien que cet élément ne semble pas réalisé non plus. Seul subsiste le critère de l'importance de l'incapacité de travail. Le point de savoir si une incapacité de travail de sept mois est suffisante peut être laissé ouvert en l'espèce, dès lors que la réalisation d'un seul critère n'est pas suffisante pour admettre un lien de causalité entre les troubles persistant après le 15 novembre 2010 et l'accident de gravité moyenne survenu en juin de la même année. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. L'assurée, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/759/2011 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant Préalablement :

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