

GE_GERICHTE ATAS/1149/2008 vom 14. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1149_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1149/2008 du 14 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1149/2008 del 14 ottobre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment le refus de poursuivre le versement de prestations au-delà du 31 juillet 2003, sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 13 août 2007 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Par conséquent, les recours du 14 septembre 2007 ont été formés en temps utile, le dernier jour du délai.

E. 4

La recevabilité d'une demande en constatation suppose un intérêt digne de protection (art. 49 al. 2 LPGA). Selon la jurisprudence, un tel intérêt n'existe que lorsque le requérant a un intérêt actuel, de droit ou de fait, à la constatation immédiate d'un droit, sans que s'y opposent de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits et d'obligations (ATF 126 II 303 consid. 2c et les références; voir également ATF 119 V 13 consid. 2a). Les conclusions des recourantes portent sur la prise en charge de l'accident par l'intimée au-delà du 31 août 2001. Or, dans sa décision sur opposition du 13 août 2007, à savoir par décision formatrice, l'intimée a fixé la fin du droit aux prestations au 31 juillet 2003. Etant donné qu'elle a déjà versé ses prestations pour la période du 1er septembre 2001 au 31 juillet 2003 et qu'elle a rendu une décision formatrice pour cette période, les conclusions des recourantes sont, par conséquent, sans objet pour cette période. Dès lors, le litige ne porte que sur le refus de l'intimée de verser des prestations à partir du 1er août 2003, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 22 juin 1999.

E. 5

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). La condition du lien de 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). 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, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 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 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2ème éd., n. 80 p. 865).

E. 6

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (Schleudertrauma, whiplash-injury), 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 134 V 109 consid. 9 in fine, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b.).

A/3473/2007 - 12/22 - Selon l'ATF 134 V 109, il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en oeuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronification des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration

décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (consid. 9.4). Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type «coup du lapin». A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin» (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), il n'est pas décisif de savoir, en cas de traumatisme de ce type, si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a; RAMA 2002 n° U 470 p. 531). Il y a toutefois lieu de revenir à cette distinction lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de type «coup du lapin» (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b; voir également ATF 134 V 109 consid. 9.5).

E. 6.1

et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier contiennent déjà quatre expertises dont certaines permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en oeuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de l'assurée.

E. 7

Même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, lorsque des lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2). L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b). En cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère

A/3473/2007 - 13/22 - adéquat du lien de causalité. Il convient tout d'abord de distinguer les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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 (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants 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, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques 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 des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. 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 puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

E. 8

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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports

A/3473/2007 - 14/22 - médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). 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. Ainsi, lorsque, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 9

Dans le questionnaire complémentaire pour traumatismes cervicaux du 30 août 1999, le Dr M _____ ne diagnostique pas de distorsion cervicale, mais une contusion et ne fait état d'aucune plainte subjective autre que des paresthésies au membre supérieur gauche apparues deux semaines après l'accident. Pour sa part, dans la déclaration d'accident-bagatelle du 16 août 1999, le Dr L _____ diagnostique un « coup du lapin » à la colonne cervicale. Quant à l'assurée, dans le questionnaire du 26 août 1999, elle précise que les douleurs ont commencé deux jours après l'accident. Enfin, dans son rapport d'expertise du 22 août 2001, parmi les documents mis à disposition, le Prof. Q _____ se réfère à un rapport du 18 janvier 2000 du Dr L _____ indiquant avoir vu la patiente en consultation, le 24 juin 1999, pour un problème de dos après un accident de voiture. De plus, il retient que l'assurée a été victime d'une entorse cervicale simple sans lésions traumatiques objectivables. Il ressort de ces divers rapports que le diagnostic et les plaintes rapportées par le Dr M _____ sont contredits par les autres médecins. Toutefois, en examinant l'ordre chronologique des renseignements médicaux, il convient de relever que le Dr M _____ n'a examiné l'assurée qu'au mois d'août 1999, à savoir plus d'un mois après l'accident du 22 juin 1999 de sorte que les indications qu'il a données ne constituent pas les premières constatations du médecin et ne sont donc pas plus fiables que celles faites ultérieurement. Il est d'ailleurs incompréhensible que la GENEVOISE ait demandé des précisions à ce médecin par le biais d'un questionnaire complémentaire pour traumatismes cervicaux alors qu'il n'a traité l'assurée qu'un mois après l'accident. Il est tout aussi incompréhensible que le

A/3473/2007 - 15/22 - rapport du Dr L _____ du 18 janvier 2000 ne figure pas au dossier alors qu'il est mentionné par le Prof. Q _____ dans son rapport d'expertise et qu'il contient vraisemblablement des précisions importantes sur les constatations faites immédiatement après l'accident puisque ce médecin a donné les premiers soins à l'assurée, le 24 juin 1999, soit deux jours après l'accident. Toutefois, il ressort des indications apportées par le Prof. Q _____, qui lui a eu connaissance de ce rapport, que la patiente se plaignait du dos après un accident de voiture. Si on met en parallèle cette indication avec la première anamnèse précise effectuée par la Dresse O _____, en avril 2000, vraisemblablement en tenant compte également dudit rapport, il convient de considérer que le terme « dos » est pris dans son sens commun, à savoir rachis et qu'il ne désigne pas spécifiquement la colonne dorsale puisque la patiente s'est plainte de douleurs occipitales, cervicalgies, dorsalgies, douleurs sternales et myalgies diffuses. Au demeurant, tous les médecins qui se sont prononcés sur l'état de l'assurée ont tous conclu à un status post-entorse cervicale, sauf le Dr M _____, de sorte qu'il convient d'admettre un tel diagnostic. A l'exception des douleurs cervicales et des céphalées, l'assurée n'a pas présenté un cumul des autres symptômes du tableau clinique spécifique d'un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin » tels que du sommeil, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. Par conséquent, en l'absence d'un tel tableau clinique, le lien de causalité naturelle entre les troubles persistant au-delà du 31 août 2003 et l'accident ne saurait être présumé.

E. 10

A l'ATF 134 V 109 consid. 9.5, le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité de l'expertise pluri- ou interdisciplinaire requise en cas de « coup du lapin ». Celle-ci doit

émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en oeuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes au sujet du point de savoir si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup

A/3473/2007 - 16/22 - du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements au sujet du point de savoir si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident. Une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes. En effet, ou bien l'existence de plaintes caractéristiques (y compris des troubles de nature psychique) d'un traumatisme de type « coup du lapin » est établie du point de vue médical et les critères déterminants en présence de traumatisme de ce type sont alors applicables, ou bien un tel diagnostic est exclu et le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. Dans la mesure où l'expertise doit notamment trancher le point de savoir si l'atteinte de nature psychique fait partie ou non du tableau caractéristique du traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, il n'est pas nécessaire, dans un tel cas, de se fonder sur la distinction opérée par la jurisprudence (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103, 123 V 98 consid. 2a p. 99 et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531) pour définir quels sont les critères déterminants (cf. ATF 8C_124/2007 consid. 3.2).

E. 11

En l'espèce, seule l'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur réalisée par les Drs T_____, U_____ et V_____ est une expertise multidisciplinaire établie par un orthopédiste, un neurologue et un psychiatre, à savoir les spécialistes requis par la dernière jurisprudence. En effet, les autres expertises émanent d'un rhumatologue ou d'un

neurologue. Par conséquent, en premier lieu, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante. Le rapport d'expertise du 27 août 2003 mentionne les plaintes de l'assurée, à savoir des douleurs diffuses centrées au niveau de la ceinture scapulaire et pelvienne, des douleurs vertébrales tant cervicales avec un casque douloureux dans la tête, dorsales avec une irradiation en ceinture qu'au niveau du coccyx, une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil, une diminution du seuil de sensibilité à la douleur, des troubles de la concentration et, parfois, des moments de fatigue ainsi que d'angoisse. Il contient une anamnèse personnelle, familiale et médicale.

A/3473/2007 - 17/22 - L'examen neurologique met en évidence des contractures musculaires diffuses, des points d'insertion douloureux particulièrement manifestes ainsi qu'une très grande sensibilité à la palpation des masses musculaires des quatre membres. L'examen psychiatrique ne révèle aucun élément de la lignée psychotique mais un processus de pensée très figé, fixé sur la problématique de la douleur, l'expression plus d'anxiété et de tension nerveuse que vraiment d'idées dépressives. Les experts diagnostiquent une ancienne entorse cervicale, une possible fracture de l'épineuse de D6 et un trouble somatoforme douloureux. Ils admettent un lien de causalité entre les deux premiers diagnostics et l'accident du 22 juin 1999 tout en concluant à une guérison des conséquences de l'accident sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, ils sont frappés par l'état d'agitation de l'assurée, son comportement démonstratif, sa confusion, le processus de pensée figé qu'ils ne peuvent toutefois pas rattacher à l'accident qui doit être classé dans la catégorie des accidents mineurs de sorte qu'il ne peut pas être à l'origine des troubles psychiques. En l'absence de toute constatation objective expliquant la symptomatologie subjective, ils retiennent l'existence d'un trouble somatoforme douloureux avec une comorbidité psychiatrique sous forme d'état anxio-dépressif d'intensité moyenne. Ils précisent que l'influence du trouble somatoforme douloureux est actuellement prépondérante et que la proportion de son influence peut être estimée à 100%. Bien que cette expertise soit peu précise quant au déroulement de l'accident et aux premières constatations médicales, elle reprend l'essentiel des rapports d'expertise antérieurs et analyse aux travers de ceux-ci l'évolution ultérieure de l'état de santé de l'assurée jusqu'à la mise en oeuvre de l'expertise. De plus, elle mentionne les plaintes de la patiente, contient une anamnèse ainsi que des conclusions cohérentes et motivées. En effet, les experts expliquent que l'expertise du Prof. Q_____ en 2001 décrit une diffusion de la symptomatologie par rapport à l'expertise de la Dresse O_____, puisqu'à la fin 2001 est apparue une coccygodynie et qu'en mai 2002, le diagnostic de pseudarthrose de D6 a été posé. Ils observent que le diagnostic d'entorse cervicale avec éventuelle fracture de D6 n'explique pas les troubles douloureux rachidiens diffus actuels, d'autant plus que la fracture de D6 devrait provoquer une symptomatologie douloureuse localisée au niveau de la lésion et non pas un syndrome vertébral diffus. Ils considèrent que tant l'aggravation de la symptomatologie depuis l'expertise du Prof. Q_____ que l'importance des troubles douloureux ainsi que leur progression ne peuvent être expliquées ni par une lésion d'origine accidentelle, ni par les conséquences de l'accident. En définitive, cette expertise remplit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

E. 12

Les recourantes contestent l'appréciation et les conclusions des experts du Centre multidisciplinaire de la douleur au motif que ces derniers ont posé à tort le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et que la découverte tardive de la

A/3473/2007 - 18/22 - fracture D6 a provoqué une chronicisation des douleurs. L'assurée produit, à titre privé, un rapport d'expertise du 31 mai 2004 de la Policlinique de neurologie des HUG. Dans leur rapport d'expertise, les Drs W_____ et A_____ rapportent des plaintes identiques à celles citées par les experts du Centre multidisciplinaire de la douleur. Ils mentionnent également de nouvelles plaintes sous forme de douleurs brutales des deux pieds. Tout comme les experts précédents, ils font état d'un discours peu précis et centré sur les douleurs. Ils diagnostiquent, en rapport avec l'accident, un status post-traumatisme de décélération cervicale. De plus, ils posent les diagnostics, éventuellement en rapport avec l'accident, de fracture de l'apophyse épineuse de D6, fibromyalgie, état anxio-dépressif et trouble somatoforme douloureux. Ils observent également un examen neurologique dans la norme et un status local cervical relativement peu douloureux avec une discrète limitation de la rotation de la tête. Ils sont également frappés par la discordance entre le discours centré sur la douleur relatant une incapacité à rester en place et le comportement relativement calme de la patiente restant assise sur son siège pendant toute la durée de l'examen. Par conséquent, ils font les mêmes constatations que les experts du Centre multidisciplinaire de la douleur. Ils considèrent que le syndrome fibromyalgique joue un rôle en tant qu'il a été décompensé par l'accident et concluent à l'atteinte du statu quo sine ainsi qu'à une incapacité de travail de 20% résultant directement des suites de l'accident à laquelle il convient de rajouter celle résultant de la fibromyalgie et du trouble somatoforme douloureux. Ils relèvent que les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux sont hors du champ de leur spécialité mais qu'ils jouent un rôle important dans la symptomatologie actuelle et expliquent une grande partie du handicap actuel. Puis, dans son rapport complémentaire du 15 juillet 2005, le Dr A_____ précise que sa conclusion quant à l'atteinte du statu quo sine est erronée dès lors qu'il y a une aggravation durable et stabilisée liée à l'accident. Cette appréciation ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire car on ne voit pas comment les neurologues pourraient se prononcer en toute connaissance de cause sur le rapport de causalité naturelle entre l'accident et la fibromyalgie, respectivement le trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'ils admettent, à juste titre, qu'il s'agit de diagnostics sortant du champ de leur spécialité. De plus, en retenant que le syndrome fibromyalgique a été décompensé par l'accident, ils admettent l'existence de troubles antérieurs à l'accident alors que leur diagnostic ne mentionne nullement une telle antériorité et que leur rapport d'expertise ne discute pas l'influence desdits troubles antérieurs sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Enfin, l'erreur contenue dans leurs conclusions initiales sur le point essentiel de l'expertise, à savoir l'analyse de la persistance d'un lien de causalité naturelle, ne peut que faire douter de la valeur probante de leur appréciation qui, au demeurant, repose sur les mêmes constatations que les experts pluridisciplinaires, mais aboutit à des résultats diamétralement

A/3473/2007 - 19/22 - opposés. Par conséquent, il s'agit d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait ce qui est insuffisant pour douter du bien fondé des conclusions de l'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur. Par ailleurs, les arguments des recourantes relatifs à la chronicisation des douleurs consécutives à la fracture en D6 ne sont confirmés par aucun rapport médical. En effet, les deux dernières expertises retiennent chacune, soit une possible fracture en D6, soit un rapport de causalité naturelle seulement possible entre l'accident et ladite fracture, ce qui est insuffisant en droit des assurances sociales qui exige qu'un diagnostic ou un rapport de causalité soient établis au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. S'il est vrai que dans ses rapports du 15 mars et

du 7 mai 2002, le Dr R_____ conclut que la pseudarthrose due à une fracture de l'épineuse de D6 est clairement en rapport de causalité avec l'accident du 22 juin 1999, il justifie sa position par l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires. Or, le Dr R_____ s'est basé sur un dossier incomplet. En effet, selon les Drs W_____ et A_____, le Dr R_____ a statué sur le lien de causalité entre l'accident et la fracture de D6 sans avoir eu connaissance de l'IRM du 11 août 2000 qui conclut à l'absence d'anomalie notable tant au niveau cervical que dorsal. Par conséquent, son appréciation ne remplit pas les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante. Au motif que l'assurée n'a eu aucun autre accident après celui du 22 juin 1999 et que les douleurs sont apparues aussitôt après le choc, alors qu'elle ne présentait pas de persistance de douleurs avant celui-ci, les recourantes soutiennent également qu'un rapport de causalité naturelle doit être admis entre ladite fracture et l'accident. On ne saurait souscrire à leur point de vue, car leur argumentation reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 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 d'autant plus que l'IRM du 11 août 2000 contredit la thèse des recourantes. Par conséquent, il y a lieu de confirmer que les plaintes actuelles ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 22 juin 1999 au plus tard à la date du terme du versement de l'indemnité journalière par l'intimée, soit le 31 juillet 2003.

E. 13

Au demeurant, le résultat n'est pas différent si on examine la question sous l'angle de la causalité adéquate. Selon l'expertise multidisciplinaire, il n'existe aucun rapport de causalité entre l'accident du 22 juin 1999 et les troubles actuels. Par conséquent, la problématique d'ordre psychique présentée par l'assurée ne peut pas être considérée comme une partie du tableau clinique typique d'un traumatisme du type « coup du lapin » mais

A/3473/2007 - 20/22 - comme une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique en question. Dès lors, il convient d'examiner la question du lien de causalité adéquate selon les critères jurisprudentiels déterminants en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). En l'espèce, l'assurée a été victime d'une collision par l'arrière avec un véhicule qui était en train de freiner, alors que la voiture dans laquelle elle se trouvait était à l'arrêt. Cet accident peut donc être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure proche des accidents de peu de gravité, étant donné que la jurisprudence qualifie en principe les collisions de véhicules à l'arrêt d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (RAMA 2005 n° U 549 p. 237 consid. 5.1.2; ATFA non publié du 14 octobre 2002, U 83/02, consid. 4.2). Pour leur part, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. En effet, quand bien même l'on ignore la vitesse à laquelle s'est produit le choc entre les véhicules impliqués, il est néanmoins établi que l'assurée n'a pas perdu connaissance, qu'elle a pu sortir par ses propres moyens de son véhicule et prendre part au constat à l'amiable, qu'elle n'a pas été hospitalisée et qu'elle a été en mesure de rouler pendant cinq kilomètres jusqu'à son domicile. L'accident n'a pas non plus causé de lésions physiques graves susceptibles d'entraîner des troubles psychiques, dès lors qu'il s'est essentiellement caractérisé par l'apparition de rachialgies, sans atteinte organique objectivable ni pathologie neurologique.

Les lésions physiques que l'assurée a subies (luxation cervicale) ne peuvent pas être qualifiées d'inhabituelles et leurs effets ne sont pas importants au point que le critère de la nature particulière des lésions physiques puisse être admis (ATFA non publié du 19 mai 2004, U 330/03, consid. 2.3.1). Quant au traitement médical, après une distorsion cervicale, un suivi médical s'étendant sur deux à trois ans doit être considéré comme normal pour le type de traumatisme subi (RAMA 3/2005 U n° 549, p. 236 consid. 5.2.4; ATFA non publié du 30 novembre 2004, U 201/02, consid. 3.3.2). De plus, il n'apparaît pas davantage que l'assurée aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. A ce sujet, il n'y a pas lieu de prendre en considération la fracture en D6 mise en évidence en 2002 dès lors que, selon tous les experts qui se sont prononcés à ce sujet, soit le diagnostic de fracture en D6, soit le lien de causalité naturelle entre ladite fracture et l'accident du 22 juin 1999 ne sont que possibles. Quant à l'incapacité de travail, elle n'a commencé que le 11 octobre 1999 et a duré 19 jours à 100 %, puis 10 jours à 50 %, avant d'être considérablement restreinte dès le 17 mai 2000 avec un intermède à 50 % du 21 septembre 2001 au 31 janvier 2002 ainsi que cela ressort de la motivation de la décision de l'assurance-invalidité du 7 juillet 2003. Toutefois, la durée prolongée de cette incapacité de travail n'a très vite plus été imputable à l'accident mais aux symptômes douloureux rachidiens diffus qui datent au plus tard d'août 2001. En effet, selon les experts du Centre spécifique de la douleur, une telle diffusion des

A/3473/2007 - 21/22 - douleurs est mentionnée pour la première fois dans l'expertise du Prof Q_____. Par conséquent, il apparaît que le tableau algique a été dominé prématurément par le trouble somatoforme douloureux de sorte que la persistance tant des douleurs que de l'incapacité de travail qu'il a provoquée est à mettre en relation avec l'état psychique de l'assurée. Dès lors, ces deux critères ne sont pas davantage réalisés. Quant à la prolongation des soins médicaux, elle est due à ces mêmes facteurs de nature psychique raison pour laquelle l'existence d'une durée anormalement longue du traitement médical doit être également rejetée. En définitive, il convient de nier le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident du 22 juin 1999 et les troubles dont souffre encore l'assurée après le 31 juillet 2003, soit plus de quatre ans après événement traumatique.

E. 14

Cette dernière estime qu'il convient de procéder à des mesures supplémentaires d'instruction sous forme d'expertise médicale destinée à trancher définitivement la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid.

E. 15

Au vu de ce qui précède, les recours, mal fondés, seront rejetés. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/3473/2007 - 22/22 -

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