

GE_GERICHTE ATAS/1182/2008 vom 22. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1182_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1182/2008 du 22 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1182/2008 del 22 ottobre 2008

Erwägungen

E. 17

Par mémoire de réponse déposé à l'office postal le 3 janvier 2008, l'intimée a conclu au rejet du recours, motif pris notamment de ce que l'atteinte à l'intégrité étant une notion médico-théorique, l'impact de l'atteinte sur la capacité de travail ne devait pas être pris en considération ; l'évaluation fournie par le docteur A_____ était donc dénuée de pertinence puisque l'indication selon laquelle une telle atteinte persistait à un taux compris « entre 5 et 10% en fonction du métier retenu » démontrait que ce praticien avait indûment tenu compte de l'impact de l'atteinte sur la capacité de travail pour en déterminer le taux. S'agissant du refus d'accorder une rente d'invalidité, il était motivé par le fait que l'accident survenu dans la nuit du 25 au 26 décembre 2004 n'avait pas entraîné une invalidité de 10% au moins.

E. 18

Par ordonnance du 19 février 2008, le Tribunal de céans, à la demande de l'intimée, a ordonné l'apport du dossier d'assurance-invalidité. Il ressort notamment de ce dossier que, par décision du 4 avril 2006, confirmée sur opposition le 2 février 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a rejeté la demande de prestations formée le 12 mai 2003. Par arrêt du 4 septembre 2007, la 1ère Chambre de la Juridiction de céans a en outre rejeté le recours interjeté contre lesdites décisions le 7 mars précédent, au motif que l'assurée qui, de l'avis des médecins consultés, présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses handicaps devait, au regard des règles légales applicables en la matière, être considérée comme invalide au taux de 2.3%, insuffisant pour lui ouvrir le droit au versement d'une rente de l'assurance-invalidité.

A/4663/2007 - 6/13 - Il apparaît d'autre part que suite à l'accident du 9 mars 2002, l'assurée s'était trouvée en incapacité totale de travailler jusqu'au 30 septembre 2003, attestée par des certificats médicaux établis successivement par les docteurs F_____, G_____ et H_____ puis, selon ce dernier praticien, capable de travailler à 50% dès le 1er octobre suivant. Elle ne s'était pas présentée à son poste de travail, et une incapacité totale de travailler avait été attestée par le docteur G_____ jusqu'à la fin des rapports de travail et par la suite.

E. 19

Dans le délai imparti pour consulter le dossier de l'assurance-invalidité, l'intimée a conclu au rejet du recours, rappelant que, dans ce cadre, l'assurée avait été déboutée de ses conclusions.

E. 20

mars 1981 fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1er al. 1er LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément. À cet égard, il sied de relever que 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). 3. Conformément à l'art. 60 al. 1er LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. La décision du 31 octobre ayant été reçue par le recourant le 1er novembre 2007, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu du fait que le terme devait échoir un samedi, il a été reporté au lundi 3 décembre 2007 conformément à l'art. 38 al. 1 et 3 LPGA, applicable en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA.

A/4663/2007 - 7/13 - Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 28 novembre 2007 conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA est donc recevable. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement, par l'assureur-accidents, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 5. L'art. 18 al. 1er LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, prévoit que si l'assuré est invalide à 10% au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il convient d'ajouter qu'en droit suisse, l'invalidité est une notion économique et non médicale, si bien que ne sont pas déterminants les critères médico-théoriques, mais bien plutôt les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (voir par exemple l'ATF non publié du 8 août 2007, I 477/06 et les références citées). Relevons encore qu'en raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, consacrée de longue date par la jurisprudence et codifiée depuis le 1er janvier 2003 à l'art. 8 LPGA, il convient notamment d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. 6. En substance, la recourante fait grief à l'assureur de n'avoir pas tenu compte, dans la mesure appropriée, des séquelles physiques et psychiques de l'agression du 26 décembre 2004. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable 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

A/4663/2007 - 8/13 - examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Relevons également que 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo sine vel ante) sur le critère de la vraisemblance prépondérante évoqué plus haut (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, ensuite, un rapport de causalité adéquate entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). b) Il convient d'examiner dans un premier temps la valeur probante des rapports et avis médicaux fournis par le SMR et les docteurs B_____ et A_____ respectivement les 15 décembre 2005 et 5 mars et 19 avril 2007, de manière à pouvoir ensuite examiner s'il se justifie de retenir un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte dommageable à la santé alléguée par la recourante et l'accident du 26 décembre 2004. Cas échéant, il conviendra ensuite d'examiner quel est le degré d'invalidité présenté par la recourante suite à l'événement de décembre 2004. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde

A/4663/2007 - 9/13 - sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par l'assuré, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3). 7. En l'espèce, le rapport de l'examen bi-disciplinaire effectué le 15 décembre 2005 par les docteurs C_____ et D_____, du SMR, remplit les exigences précitées. Il a été établi sur la base d'une anamnèse très détaillée, la description des interférences médicales a fait l'objet d'un abondant commentaire, et les conclusions des praticiens sont bien motivées ; pour le surplus, les avis ainsi exprimés ne contiennent pas de contradictions, et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Les avis exprimés par les docteurs A_____ et B_____ ne répondant pas aux mêmes exigences, il conviendra de

n'accorder pleine valeur probante qu'au rapport du SMR. S'agissant du lien de causalité entre l'accident et l'atteinte dommageable à la santé, l'instruction a permis d'établir qu'au moment de l'accident du 26 décembre 2004, l'assurée se trouvait déjà en incapacité totale de travailler pour un complexe de raisons qui dépassait largement l'événement accidentel du 9 mars 2002 ; l'anamnèse recueillie par les docteurs C_____ et D_____ montre que, suite à cet événement déjà, l'assurée était pleinement capable de travailler, mais que les traumatismes psychologiques causés par les mauvais traitements qu'elle avait subis dès l'enfance pouvaient encore retentir fortement et durablement sur sa capacité de travail. Le docteur D_____ a ainsi relevé que la recourante présentait un état anxieux en 1980 déjà, qu'elle avait été mise au bénéfice d'un traitement antidépresseur en 2002, puis à nouveau prise en charge par un psychiatre en 2003 à la suite d'un traitement médicamenteux. Son état psychique s'était ensuite amélioré. Lors de l'examen du 15 décembre 2005, le psychiatre n'a pas constaté une symptomatologie dépressive, anxieuse ou psychotique liée spécifiquement à l'agression subie une année plus tôt. L'attestation du docteur E_____ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du SMR. Ce praticien a confirmé que la recourante était suivie par lui depuis le 28 novembre 2003, à raison d'une séance tous les quinze jours ; d'autre part, il a attesté que l'agression du 26 décembre 2004, qui avait provoqué une symptomatologie de stress post-traumatique d'intensité sévère, avait, pendant plusieurs mois, nécessité un traitement spécifique, la cadence des rendez-vous ayant été, « par périodes », plus rapprochée. En l'absence d'indications plus précises, force est de constater qu'une telle symptomatologie n'était, en tout état, plus perceptible lors de l'examen effectué par le SMR à mi-décembre 2005.

A/4663/2007 - 10/13 - Il est également établi que, compte tenu des troubles neurologiques constatés suite à la première intervention chirurgicale et de l'ensemble de la symptomatologie présentée par la suite par l'assurée, les troubles somatiques (sous forme de dysesthésie, d'hyperesthésie et d'hypo-sensibilité à la main gauche) ont été traités avec succès au cours de l'intervention chirurgicale du 24 octobre 2005, dont le protocole opératoire établi par le docteur A_____ précise que l'algodystrophie, qui avait persisté après la première intervention, avait alors complètement régressé, de sorte que la capacité de travail de l'assurée était, en théorie, de 100% dans une activité adaptée. Force est donc de retenir qu'à fin 2005, l'accident du 26 décembre 2004 ne pouvait plus être considéré comme la condition sine qua non de l'atteinte dommageable à la santé physique et psychique de l'assurée. Autrement dit, au vu des éléments versés au dossier, le critère de la vraisemblance prépondérante commande de retenir qu'une année après l'agression, l'état de santé de l'assurée était revenu au stade où il se trouvait avant l'accident ou, à tout le moins, au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer que si l'assurée n'avait pas été agressée physiquement au cours de la dispute du 26 décembre 2004, elle n'en aurait pas moins subi, sur le plan psychologique, un traumatisme de ceux qu'elle redoute tout particulièrement, de sorte que, dans cette hypothèse aussi, son état de santé aurait nécessité le traitement spécifique dispensé « durant plusieurs mois » par le docteur E_____. Partant, il s'impose de considérer que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 26 décembre 2004 et l'atteinte dommageable à la santé physique et psychique de l'assurée a été rompu quand les conséquences directes de l'agression ont disparu, une année plus tard environ. Il sied encore de relever que, même si l'on devait admettre le maintien d'un état psychique pathologique au moment de l'interruption du versement de ses prestations par l'assureur, l'existence d'un lien de causalité adéquate devrait être niée sur le vu des critères objectifs développés par la

jurisprudence (ATF 115 V 133 consid. 6c et 403 consid. 5c) pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident – qu’il y a lieu, en l’occurrence, de qualifier d’accident de gravité moyenne – et une atteinte à la santé psychique. On ne saurait en effet considérer que l’agression subie avait un caractère particulièrement impressionnant. On ne saurait d’autre part raisonnablement soutenir que les lésions physiques ont été d’une gravité telle qu’elles étaient de nature, selon l’expérience, à entraîner des troubles psychiques. En outre, il n’apparaît pas que la durée du traitement médical ait été particulièrement longue, compte tenu du fait que l’état de santé antérieur de l’assurée nécessitait déjà un tel traitement, qui a simplement été intensifié pendant quelques mois. En définitive, l’on ne saurait reprocher à l’intimée d’avoir attendu plus d’une année la confirmation, par le docteur B _____, de la stabilisation de l’état de santé de son assurée, en prenant en considération la complexité et la fragilité particulières de

A/4663/2007 - 11/13 - sa situation, avant d’interrompre le versement de ses prestations. En tout état, il ne se justifie pas de s’écarter des conclusions des experts, selon lesquelles une invalidité de l’ordre de 3% pourrait être admise au regard de l’ensemble de la symptomatologie constatée. Au vu des dispositions applicables en la matière, c’est à bon droit que l’intimée a refusé le versement d’une rente d’invalidité suite à l’accident du 26 décembre 2004. 8. Aux termes de l’art. 24 LAA, si, par suite de l’accident, l’assuré souffre d’une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l’intégrité (al. 1er). L’indemnité est fixée en même temps que la rente d’invalidité ou, si l’assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Contrairement à ce qui prévaut pour l’invalidité elle-même, l’indemnité pour atteinte à l’intégrité est exclusivement fixée en fonction de la gravité de l’atteinte, laquelle s’apprécie d’après les constatations médicales. En d’autres termes, le montant de l’indemnité pour atteinte à l’intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d’une évaluation médico-théorique de l’atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). L’annexe 3 à l’Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l’assurance-accidents (OLAA) comporte un barème des atteintes à l’intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d’appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l’atteinte (ch. 1 al. 2 de l’annexe). Conformément à l’al. 3 de cette disposition, les atteintes à l’intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. 9. En l’espèce, il a été établi qu’une année après son agression, cet événement n’avait plus eu de conséquences dommageables sur la capacité de gain de l’assurée. L’instruction a cependant permis d’établir que, bien que la seconde intervention chirurgicale pratiquée par le docteur A _____ ait remédié aux limitations fonctionnelles de sa main gauche, subsistaient, dans certaines circonstances, la présence de dysesthésies au bord ulnaire et une hypersensibilité de la paume de cette main. Le barème figurant à l’annexe 3 précitée fixe à 5% le taux à prendre en considération pour la perte totale d’une phalange du pouce ou d’au moins deux phalanges d’un autre doigt. De toute évidence, la gravité de l’atteinte à l’intégrité de la recourante est moindre, ainsi que le Dr B _____ l’a fait remarquer, puisque la mobilité est rétablie et que ne persistent que des douleurs, notamment aux changements de température et à l’effleurement. En conséquence, c’est

A/4663/2007 - 12/13 - également à bon droit que l'assureur-accidents a refusé de lui verser une indemnité de ce chef. 10. Enfin, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, elle ne peut prétendre à l'octroi de frais et de dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

A/4663/2007 - 13/13 -

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