

GE_GERICHTE ATAS/1204/2011 vom 6. Dezember 2011

GE Cour de justice, 2011-12-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1204_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1204/2011 du 6 décembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1204/2011 del 6 dicembre 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 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le fait de savoir si c'est à juste titre que la SUVA a refusé d'augmenter la rente d'invalidité allouée au recourant, en raison de ses troubles psychiques, et singulièrement sur le lien de causalité entre ces troubles et l'événement survenu en date du 4 février 2000. Il sera précisé que la révision de la rente eu égard aux troubles somatiques du recourant n'est pas litigieuse.

A/2287/2011 - 9/15 -

E. 5

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir (augmentée, réduite ou supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s., 387 consid. 1b p. 390 s.). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369, consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390

consid. 1b).

E. 6

a) 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 LPG; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). 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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

A/2287/2011 - 10/15 - Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle 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 naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également ATF 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

E. 7

a) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 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 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. b) Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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

A/2287/2011 - 11/15 - ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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. A cet égard, 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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. Etant 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

A/2287/2011 - 12/15 - (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). S'agissant de la valeur probante des 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 ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

a) Dans la décision sur opposition litigieuse, la SUVA a nié le rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du mois de février 2000, en se fondant sur les rapports des Drs Q_____ et P_____, alors que le recourant soutient le contraire, en se basant sur les mêmes rapports. b) En l'occurrence, le Dr Q_____ a estimé, en mars 2011, que le recourant ne présentait aucun trouble psychique majeur manifeste qui puisse être en relation de causalité naturelle avec l'accident du 4 février 2000. En effet, d'après lui, le diagnostic de trouble de l'adaptation, qui a été retenu par le Dr P_____, ne pouvait apparaître 8 ans (en 2008) après un événement traumatique et être en relation de causalité naturelle avec cet événement. En outre, attendu que ce médecin avait déclaré, d'une part, que le trouble de la personnalité existait bien avant l'accident du 4 février 2000 et d'autre part, que l'assuré n'avait jamais supporté aucune autorité, le Dr Q_____ a conclu qu'il était vraisemblable que les troubles actuels étaient bien plus en lien avec la confrontation à une autorité « intransigeante » qu'avec l'événement accidentel. c) Il sera constaté que si l'appréciation du Dr Q_____ n'est certes pas dûment motivée, comme l'exige la jurisprudence, pour qu'il lui soit conféré pleine valeur probante, force est toutefois de constater qu'il tire simplement les conclusions des diverses constatations du Dr P_____. En effet, ce médecin, qui est le psychiatre du recourant, pose en substance les diagnostics de trouble de la personnalité, sans précision, et de traits de personnalité paranoïaque et de personnalité évitante, lesquels réduisent à néant la capacité de travail du recourant dès le mois de janvier 2009, étant précisé que le trouble de l'adaptation et la réaction dépressive retenus en janvier 2009 ont été abandonnés

A/2287/2011 - 13/15 - par la suite. Le Dr P_____ explique que les troubles de la personnalité étaient présents chez le recourant depuis l'adolescence et que celui-ci avait toujours eu des difficultés liées à l'autorité que ce soit à l'école ou dans les différentes activités qu'il a exercé avant l'année 2000, où il pouvait rencontrer des relations

conflictuelles avec sa hiérarchie. Ces troubles engendraient, d'après le Dr P_____, un handicap durable dans sa capacité à s'intégrer à un emploi et à s'adapter aux règles d'un employeur, à moins qu'il ne soit indépendant, comme il l'avait été durant quelques années lorsqu'il travaillait dans une discothèque (entre 1997 et 1999). En outre, ce médecin parle également à plusieurs reprises des conflits opposant le recourant à ses différents assureurs et du fait que ces conflits accentuaient son sentiment d'insécurité et ne favorisaient pas son fonctionnement psychologique, lequel ne s'était pas modifié depuis l'adolescence. Enfin, le médecin a exposé les souffrances et les craintes de l'assuré face à l'avenir, et notamment face à l'insécurité financière, à la gestion de son état de santé somatique ou à la reprise d'une activité lucrative. Pour le surplus, il a notamment motivé le fait que le recourant présentait déjà différents troubles psychiatriques avant l'année 2000, en produisant un rapport du 19 mai 1994 du Dr Q_____, psychiatre et psychothérapeute, lequel avait notamment relevé les comportements d'évitement du recourant ou sa personnalité phobique, de sorte qu'il l'avait déclaré inapte au service militaire. Ainsi, il est établi que les troubles psychiques existaient déjà avant l'accident, soit dès l'adolescence, et ce en relation avec les difficultés de l'assuré face à l'autorité, que ces troubles ont été diagnostiqués et considérés comme invalidants seulement huit ans après l'accident et que le psychiatre traitant estime que la cause essentielle est due aux difficultés rencontrées par le recourant dans ses relations avec ses assureurs et à ses craintes liées au futur, de sorte que ces troubles ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident, qui n'en est que la cause possible. Il convient de relever, à cet égard, que la simple constatation que le recourant ait été asymptomatique avant l'accident et que les symptômes des troubles psychiques soient apparus après l'accident revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Le fait que les troubles sont notamment dus aux conflits avec les assureurs, sans aucun doute consécutifs à l'accident, ne suffit pas pour admettre le lien de causalité naturelle, car cette sorte de sinistrose intervient des années après que l'état de santé psychique de l'assuré ait été considéré comme stable et sans conséquence sur sa capacité de travail. De même, l'autre cause évoquée par le psychiatre traitant serait la crainte face au futur, alors que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en 2005 déjà et que ses difficultés à s'insérer dans le monde du

A/2287/2011 - 14/15 - travail sont en réalité attribuées aux relations professionnelles conflictuelles préexistantes à l'accident. d) Au vu des rapports du Dr P_____, la Cour de céans considère qu'il y a lieu de suivre l'avis du Dr Q_____ et de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les troubles psychiques présentés par le recourant dès 2008, qui sont certes susceptibles de limiter sa capacité de travail dans une certaine mesure, ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 4 février 2000. Au demeurant, le fait que les troubles psychiques soient apparus plus de 8 ans après l'accident et qu'ils n'aient été invalidants que depuis le 1er janvier 2009, d'après le Dr P_____, conforte la Cour de céans dans cette conclusion. Pour le surplus, attendu que le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, il n'est pas nécessaire de revenir sur ce dernier. Enfin, au vu de l'absence de causalité entre les troubles psychique et l'accident, nul n'est besoin d'examiner les conditions de la révision de la rente d'invalidité.

E. 9

Partant, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas augmenté le taux de la rente d'invalidité du recourant. Mal fondé, le recours sera ainsi rejeté.

A/2287/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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