

# **GE\_GERICHTE ATAS/1377/2009 vom 10. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1377\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1377_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1377/2009 du 10 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1377/2009 del 10 novembre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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**

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

### **E. 3**

Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré peut prétendre des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2008 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il s'agira ainsi de se déterminer sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés à cette date et l'accident du 12 août 2004.

### **E. 4**

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b) Dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute, ce qui n'est au demeurant pas contesté, que la collision entre le véhicule automobile de l'assuré et celui d'un tiers en date du 12 août 2004, répond à la définition de l'accident précitée.

### **E. 5**

a) Le droit aux prestations suppose d'abord entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 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. 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C\_628/2007).

A/2397/2009 - 11/21 - b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). En outre, l'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par exemple : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05). Dans un arrêt du 19 février 2008 aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentées de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur (par exemple à l'aide du questionnaire préparé par l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération crânio-cervical). Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus paraît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). Précisément, une telle mesure d'instruction

A/2397/2009 - 12/21 - doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique,

orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle devra être complétée par un examen otoneurologique, ophtalmologique ou autre. L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5).

## **E. 6**

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 (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 ss consid. 3b/bb)

A/2397/2009 - 13/21 - 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 (cf. RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). 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 ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

#### **E. 7**

En l'espèce, la SUVA refuse de prendre en charge les frais médicaux au delà du 31 décembre 2008. Elle fonde notamment son refus sur les rapports des Drs K\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ et considère que les troubles subsistants au niveau de la tête et de la colonne vertébrale n'étaient alors plus en relation de causalité avec l'accident du 12 août 2004, au motif qu'il n'existait pas de lésion structurelle traumatique et que l'accident avait tout au plus pu entraîner une décompensation douloureuse passagère des troubles dégénératifs cervicaux. L'assuré quant à lui soutient qu'il présente toujours des séquelles post-traumatiques, soit notamment des nuchalgies, des céphalées, des troubles du sommeil et de la concentration et des pertes de mémoire.

#### **E. 8**

Le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 26 août 2008, que l'assuré présentait un traumatisme crânio-cérébral léger (« mild traumatic brain injury », MTBI) de la forme la plus bénigne, un syndrome céphalalgique post-traumatique aigu et un whiplash associated disorder de degré de gravité clinique I. Les imageries médicales ne lui permettaient pas de retenir de lésion traumatique du parenchyme cérébral ou des structures neuronales au niveau du rachis cervical et la petite modification du signal au niveau de l'hémisphère droit du crâne devait être considérée comme non spécifique. D'après lui, il ne ressortait pas des rapports médicaux au dossier de lésion organique ou structurelle du système nerveux central ou périphérique qui pouvait être attribuée à l'accident du 12 août 2004. Un syndrome céphalalgique aigu et/ou post-traumatique pouvait être admis avec vraisemblance comme conséquence de cet accident. Toutefois, au cours de l'année 2006, ces troubles ne jouaient plus de rôle déterminant. Il a remarqué que l'examen du 18 avril 2008 avait mis en évidence des anomalies neuropsychologiques, toutefois, elles ne pouvaient pas être basées sur les clichés détaillés du crâne. Attendu que d'autres facteurs pouvaient avoir joué un rôle dans les anomalies

A/2397/2009 - 14/21 - neuropsychologiques décrites (médication, douleurs chroniques, troubles du sommeil), le médecin n'a pas pu établir de lien de causalité vraisemblable entre ces résultats et l'accident d'août 2004. Concernant les douleurs du rachis cervical dont l'assuré se plaignait depuis longtemps, aucune corrélation ne pouvait être établie sur le plan neurologique. Il a du reste relevé que, d'après les documents de l'assurance-invalidité, des radios du rachis cervical avaient déjà été effectuées le 2 juin 2004. L'assuré avait ainsi consulté un médecin en raison de problèmes au rachis cervical plus de deux mois avant l'accident, de sorte que le Dr K\_\_\_\_\_ en a déduit que l'accident du 12 août 2004 avait, tout au plus, entraîné une aggravation passagère d'un état maladif préexistant au niveau du rachis cervical. En conclusion, sur le plan neurologique, aucun examen ou traitement supplémentaire n'était plus nécessaire et aucune atteinte à l'intégrité physique notable et/ou durable n'était plus imputable à cet accident. Ainsi, dès 2006, l'assuré ne présentait plus de limitation de sa capacité de travail pouvant être justifiée par des séquelles neurologiques liées à l'accident. Le Tribunal constate que le rapport de ce médecin

spécialiste en neurologie a été établi sur la base de l'intégralité du dossier de l'assuré, soit notamment sur les examens personnels effectués par les Drs I \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_, E \_\_\_\_\_, B \_\_\_\_\_, F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_. Son appréciation du cas est motivée et ses conclusions sont claires. Il a tout d'abord expliqué pour quelles raisons les différents diagnostics ont été retenus. Puis, il a estimé que l'appréciation neuropsychologique d'avril 2008 faite par le Dr I \_\_\_\_\_ et Madame N \_\_\_\_\_ ne pouvait pas être suivie. En effet, les séquelles relevées n'étaient pas confirmées d'un point de vue neurologique. De plus, au moment de cet examen, l'assuré avait déclaré prendre régulièrement du Lexomil, médicament somnifère, tranquillisant et pouvant altérer les fonctions cognitives. Enfin, le Dr I \_\_\_\_\_ avait également admis que les troubles du sommeil de l'assuré pouvaient avoir influencé négativement les résultats de l'examen. D'après le Dr K \_\_\_\_\_, les résultats de ces tests neuropsychologiques ne permettaient ainsi pas de retenir de détérioration définissable des structures du système nerveux ou de séquelles vraisemblablement en lien avec l'accident. Ce médecin a ainsi clairement explicité pourquoi il s'écartait des conclusions des tests neuropsychologiques. Enfin, il a également encore exprimé de manière motivée et convaincante ce qui l'amenait à ne plus retenir d'atteinte à l'intégrité physique imputable à l'accident. Ce rapport, dont il ne ressort pas de contradiction ou d'élément permettant de douter de l'objectivité du Dr K \_\_\_\_\_, emporte ainsi conviction. Il remplit dès lors les critères posés par la jurisprudence (cf. ATF 125 V 352 ss consid. 3).

## E. 9

a) Ce rapport a été confirmé par le Dr E \_\_\_\_\_ en date du 6 octobre 2008. Il a estimé qu'au vu des rapports neurologiques, les différents troubles de l'assuré n'étaient plus en lien avec l'accident et ce vraisemblablement depuis plusieurs années, étant précisé que l'assuré était déjà au moment de l'accident au bénéfice

A/2397/2009 - 15/21 - d'une rente d'invalidité en raison de troubles lombaires, troubles qui n'avaient pas subi d'aggravation. Certes ce médecin est-il médecin d'arrondissement de la SUVA, toutefois, il a vu l'assuré à quatre reprises depuis l'accident d'août 2004 et a pu suivre personnellement l'évolution de son état de santé. b) Cependant, l'assuré soutient qu'il y a au contraire lieu de suivre les conclusions du rapport d'examen neuropsychologique du Dr I \_\_\_\_\_ et de Madame N \_\_\_\_\_, d'après lesquels, les nalgies, les céphalées ainsi que le tableau cognitif présenté par l'assuré, dans lequel prédominaient les troubles attentionnels sévères et un dysfonctionnement exécutif modéré, étaient compatibles avec les séquelles de l'accident dont il a été victime en août 2004. Il est vrai que ceux-ci ont clairement décrit les résultats des tests neuropsychologiques et indiqué en quoi consistaient les troubles de l'assuré, toutefois, on cherche en vain dans leurs rapports les motifs qui les amènent à conclure au lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident. Il sera du reste rappelé que la jurisprudence considère qu'admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). Par conséquent, leurs conclusions ne sauraient remettre en cause l'appréciation motivée du Dr K \_\_\_\_\_. Qui plus est, comme l'indique ce médecin, le Dr I \_\_\_\_\_ a précisé que les troubles du sommeil, et singulièrement l'éventuel syndrome d'apnées du sommeil, étaient susceptibles d'interférer avec les fonctions cognitives de l'assuré, de sorte que cela conforte le Tribunal de céans dans le fait que les

atteintes à la santé de l'assuré n'apparaissent pas, au degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident du mois d'août 2004. c) Au demeurant il y a lieu de remarquer que l'appréciation du Dr K\_\_\_\_\_ est corroborée par les déclarations d'autres médecins, même si ceux-ci n'avaient pas toujours à se prononcer sur la question du lien entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident. La Dresse F\_\_\_\_\_ a tout d'abord relevé que l'examen neurologique était strictement normal. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il a déclaré que l'état de santé de l'assuré allait se stabiliser au début de l'année 2006 et qu'il pouvait alors reprendre une activité lucrative dans la même mesure qu'avant l'accident et a retenu, comme le Dr K\_\_\_\_\_, que la lésion ressortant de l'IRM cérébrale du 7 septembre 2005 n'avait aucune relation avec l'accident d'août 2004. Enfin, le Dr H\_\_\_\_\_ ayant établi, en juin 2007, une expertise pour le compte de l'OCAI, a également estimé que l'examen neurologique était normal, que des mesures médicales ne pouvaient pas améliorer la capacité de travail de l'assuré, laquelle était de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En ce qui concerne le Dr B\_\_\_\_\_, il est le médecin traitant de l'assuré et a considéré qu'un dommage permanent était à craindre. Outre le fait que le Dr

A/2397/2009 - 16/21 - D\_\_\_\_\_ avait nié, en avril 2005, qu'il puisse exister un dommage permanent, les rapports du Dr B\_\_\_\_\_ ne sont que très peu motivés et ne permettent ainsi pas de s'écarter des conclusions convaincantes du Dr K\_\_\_\_\_.

#### **E. 10**

Les documents médicaux au dossier font état d'un traumatisme crânio-cérébral et de l'absence d'un déficit fonctionnel organique, de sorte qu'il y a lieu de retenir que l'assuré présente un tableau clinique de type « coup de lapin » ou d'un traumatisme analogue, ce qui n'est à juste titre pas contesté par l'assuré. Il ressort notamment du dossier que des cervicalgies et des maux de tête ont immédiatement été ressentis par l'assuré après l'accident. Par la suite, il s'est plaint de troubles multiples, soit notamment de troubles de la concentration et de la mémoire ou d'irritabilité. Ces troubles ont trouvé leur justification dans des diagnostics retenus par les médecins, lesquels sont la conséquence, du moins durant un certain temps, de l'accident. Par conséquent, afin de déterminer le lien de causalité entre l'accident d'août 2004 et les troubles présentés par l'assuré après le 31 décembre 2008, il y a lieu d'appliquer la jurisprudence en matière d'accident de type « coup de lapin » ou de lésions similaires.

#### **E. 11**

Comme indiqué précédemment, le lien de causalité naturelle a été exclu par le Dr K\_\_\_\_\_ en tous les cas au-delà du 31 décembre 2008, soit plus de trois ans après l'accident en question. Au vu de son rapport convaincant et motivé, il peut ainsi être constaté au degré de la vraisemblance prépondérante que le rapport de causalité naturelle doit être nié à partir du 1er janvier 2009.

#### **E. 12**

Il peut être relevé, à titre superfétatoire, que le lien de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé doit également être nié en l'espèce.

#### **E. 13**

Le rapport de causalité adéquate est en effet admis, si d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien

A/2397/2009 - 17/21 - 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 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et 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. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (consid. 10.2.1) ; - la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral (consid. 10.2.2) ; - la durée anormalement longue du traitement médical ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (consid. 10.2.3) ; - les douleurs persistantes doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours (consid. 10.2.4) ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (consid. 10.2.5) ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (consid. 10.2.6) ;

A/2397/2009 - 18/21 - le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point

de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail (consid. 10.2.7). 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 115 V 133 consid. 6c/aa).

#### **E. 14**

a) La SUVA a qualifié l'accident de gravité moyenne, ce qui n'a pas été contesté par l'assuré. a/aa) Lorsque l'effet des forces en présence n'est pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98) ou une collision frontale violente, suite à laquelle les passagers des deux véhicules ont subi des blessures de gravité diverses, la recourante ayant été victime de plusieurs lésions traumatiques (fractures) ayant nécessité une hospitalisation (ATF U 412/05 du 20 septembre 2006). a/bb) En l'espèce, eu égard au rapport de police du 1er octobre 2004, l'assuré a subi un choc frontal alors qu'il était à l'arrêt. La voiture l'ayant percuté roulait tout au plus à 50 km/h. Quant aux dommages matériels, ils n'apparaissent pas avoir été inusuels, attendu qu'il y a eu un choc entre deux véhicules. Il ne ressort enfin pas du dossier que le choc ait été d'une violence particulière de sorte que l'accident doit être objectivement qualifié de gravité moyenne. b/aa) Les circonstances de l'accident ne peuvent pas être qualifiées de particulièrement dramatiques ou impressionnantes. Certes y a-t-il eu collision

A/2397/2009 - 19/21 - frontale, toutefois, cet unique élément ne permet pas de considérer ce critère comme rempli. Les lésions de l'assuré n'ont pas été particulièrement graves, ce qui résulte notamment du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ ou du fait que l'assuré n'a pas été hospitalisé et a pu rentrer chez lui le jour même de l'accident. Le critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'est pas réalisé non plus. L'assuré a en effet suivi divers traitements pendant une durée d'une année et demie, ce qui n'est pas une durée anormalement longue, attendu qu'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 549, p. 236 consid. 5.2.4 ; Arrêt du Tribunal fédéral non publié U201/02 du 30 novembre 2004, consid. 3.3.2). Dès le mois de janvier 2006, il a recommencé à travailler et n'a pris que des antalgiques, soit un traitement médicamenteux qui vise à procurer une meilleure qualité de vie et non une amélioration de l'état de santé. Par ailleurs, il n'apparaît pas que l'assuré a été victime d'une erreur médicale ou que des

difficultés soient apparues au cours de la guérison, de sorte que ces deux critères ne sont pas non plus remplis. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il y a lieu de constater que l'assuré a repris, dès janvier 2006, soit une année et demie après qu'il se soit produit, une activité lucrative au même taux qu'avant l'accident en question. Ce critère n'est dès lors pas réalisé. Enfin, l'assuré présente toujours des douleurs depuis l'accident, ce qui n'est pas contesté par les médecins, toutefois, ces douleurs ne sont pas d'une intensité telle que ce seul critère permette de retenir un rapport de causalité adéquate. b/bb) Par conséquent, le rapport de causalité adéquate entre les troubles de l'assuré présents après le 31 décembre 2008 et l'accident de novembre 2007 sera nié. C'est ainsi à juste titre que la SUVA a refusé de prendre en charge les soins médicaux après le 31 décembre 2008.

## **E. 15**

a) Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie; elle est réputée importante

A/2397/2009 - 20/21 - lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen. La gravité s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'IPAI se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'IPAI peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. 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, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATF non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). (ATF 113 V 218 consid. 4; W. GILD et H. ZOLLINGER, *Die Integritätenschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 417; A. RUMO- JUNG, E. MURER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104). b) Il doit en l'espèce être constaté que c'est avec raison que la SUVA n'a pas alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité, car les atteintes non objectivables dont il souffre, soit notamment des céphalées, nuchalgies, troubles du sommeil, de la mémoire ou de la concentration, ne sont manifestement pas suffisamment importantes au sens où l'entend la législation fédérale et ne présentent plus, comme il a été précédemment exposé, de lien de causalité avec

l'accident du mois d'août 2004.

**E. 16**

Par conséquent, le recours sera rejeté.

A/2397/2009 - 21/21 -

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