GE_GERICHTE ATAS/211/2008 vom 14. April 2004

GE Cour de justice, 2004-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_211_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/211/2008 du 14 avril 2004

IT: GE_GERICHTE ATAS/211/2008 del 14 aprile 2004

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

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

E. 3

En premier lieu, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut continuer à prétendre à des indemnités journalières, ce qui présuppose que son état de santé n'est pas stabilisé. Ensuite, il convient de déterminer si les troubles psychiques dont souffre le recourant sont en relation de causalité avec l'accident du 20 janvier 2004 et, ainsi, si le taux d'invalidité a été correctement évalué par l'intimée. Enfin, il sied d'examiner si le recourant a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

A/1781/2007 - 7/14 -

E. 4

Préalablement, il sied de rappeler que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance- invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b; 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04). En ce qui concerne la coordination des taux d'invalidité entre les différentes branches de l'assurance sociale (ATF 126 V 288), l'assurance-accidents n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé l'office cantonal de l'assurance-invalidité, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine maladive qui n'engagent pas la responsabilité de l'assureur-accidents.

E. 5

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; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). 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 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).

A/1781/2007 - 8/14 - 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, 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. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1). S'agissant enfin 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 6

En l'espèce, il convient de constater que la situation médicale du recourant est claire, tant sur le plan physique que sur le plan psychique et qu'il n'est ainsi ni nécessaire, ni utile d'ordonner une expertise psychiatrique. Il sera rappelé à cet égard que, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge est tenu d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les

allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, il sied de mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4), ce qui n'est manifestement pas le cas en l'occurrence, d'autant plus que l'expertise psychiatrique effectuée à la demande de l'OCAI figure au dossier. La conclusion préalable du recourant sera ainsi rejetée, tout comme sa demande d'audition des Drs P_____ et N_____.

E. 7

Selon l'art. 16 al. 2 LAA, le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré recouvre sa pleine capacité de travail, qu'une rente est versée ou que l'assuré décède. Aux termes de l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

A/1781/2007 - 9/14 - En l'espèce, le Tribunal constate que c'est à raison que l'intimée a admis une stabilisation de l'état du recourant à partir de septembre 2004. En effet, aucun traitement susceptible d'améliorer sensiblement son état de santé physique n'a été entrepris depuis septembre 2004 (cf. rapport du Dr M_____ du 26 janvier 2005). L'intimée était donc fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières, ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement au sens de l'article 19 LAA. C'est ainsi à juste titre que le début du droit à la rente a été fixé par l'intimée au 1er septembre 2004.

E. 8

Cela étant, l'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). 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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 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; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance

A/1781/2007 - 10/14 - prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement être 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, non au médecin, d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 112 ss consid. 3a, 123 V 100 ss consid. 3, 122 V 417 ss consid. 2c). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par 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 de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatique ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; 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 soit admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

E. 9

En l'espèce, le recourant souffrait déjà de troubles psychiques avant l'accident, soit dès l'enfance et l'adolescence (cf. rapport du Dr R_____ du 13 avril 2005 et expertise du 9 novembre 2006 Dr S_____). Dès lors, il apparaît hautement vraisemblable que les troubles psychiques ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. En tout état, la causalité adéquate est exclue. En effet, l'accident doit être qualifié de moyennement grave et, objectivement, il ne saurait être qualifié de particulièrement dramatique, ni particulièrement impressionnant. De plus, les lésions subies ne sont pas propres à entraîner des troubles psychiques. Au

A/1781/2007 - 11/14 - demeurant, seul un traitement complémentaire de physiothérapie a perduré au-delà de l'automne 2004 (cf. rapport du 26 janvier 2005 du Dr M_____) . Ainsi, la durée du traitement des troubles physiques ne peut pas être qualifiée

d'anormalement longue. Enfin, il n'y a eu ni erreur dans le traitement médical, ni difficultés apparues au cours de la guérison, ni complications importantes. En conclusion, les quelques douleurs persistantes dont souffre le recourant ne sont pas à elles seules de nature à fonder un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Dans la mesure où lesdits troubles n'ont pas à être pris en charge par la SUVA, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans l'examen du droit aux prestations litigieuses.

E. 10

Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 18 LAA). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Contrairement à ce qui prévaut en assurance-invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement. L'on prendra en considération un revenu hypothétique, fondé sur une estimation, qui tient compte des aptitudes de l'intéressé et de sa situation personnelle; l'on pourra se fonder sur le salaire réalisé par une personne valide de même âge et de même formation, dans des conditions de lieu analogues; les salaires moyens de la branche peuvent également servir de référence (ATF 119 V 475 consid. 2b). Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas

 d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

E. 11

En l'espèce, le taux d'invalidité retenu par l'intimée se fonde sur l'appréciation du 15 décembre 2004 du Dr Q_____, qui n'est pas contestée par le recourant. Au plan économique, la SUVA s'est fondée sur un revenu d'invalide évaluée sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT) figurant au dossier. Le revenu d'invalide retenu par la SUVA (47'400 fr.) est d'ailleurs inférieur au revenu statistique de référence (57'830 fr. selon ESS 2004, TA1). Quant au revenu sans invalidité (58'500 fr.), il tient compte des

renseignements figurant au dossier sur l'activité de serveur exercée par le recourant avant qu'il ne se retrouve au chômage. En conséquence, le taux de 19 % retenu par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique et, d'ailleurs, le recourant ne le conteste pas.

E. 12

Pour ce qui est enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte (art. 25 al. 1 LAA). Elle 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents 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'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (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). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). 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).

A/1781/2007 - 13/14 - A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

E. 13

En l'occurrence, l'appréciation médicale du 11 décembre 2007 du Dr Q_____ remplit toutes les conditions requises pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. En effet, elle a été établie en pleine connaissance de cause, sur la base de tous les éléments médicaux objectifs. Ses conclusions sur le taux de l'atteinte à l'intégrité, en particulier sur l'application analogique des tables de la SUVA, sont claires et convaincantes et aucun élément du dossier ne permet de les remettre en question. Le Tribunal retiendra ainsi qu'en l'espèce le taux d'atteinte à l'intégrité est inférieur à 5 %, de sorte que le recourant n'a pas droit à une indemnité.

E. 14

Mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

E. 15

La demande d'assistance juridique, présentée dans l'acte de recours et pour laquelle le Tribunal de céans n'était de toute façon pas compétent (art. 27D al. 3 de la loi relative à l'office cantonal des assurances sociales du 20 septembre 2002) est devenue sans objet. En effet, le recourant a été admis au bénéfice de l'assistance juridique par décision du Vice-président du Tribunal de première instance du 1er octobre 2007.

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