

GE_GERICHTE ATAS/288/2013 vom 20. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_288_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/288/2013 du 20 mars 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/288/2013 del 20 marzo 2013

Erwägungen

E. 31

Dans sa réplique du 30 juillet 2012, la recourante relève notamment que l'intimée s'est limitée à tenter de démontrer que les troubles psychiques étaient préexistants à l'accident, sans se prononcer sur le fait qu'ils seraient restés compensés en l'absence d'accident et n'auraient pas influé sur sa capacité de travail, ce dans l'hypothèse où ils devaient être préexistants, ce qui est contesté. De plus, l'intimée ne s'est pas non plus prononcée sur la causalité adéquate alors que ce point a été développé dans le recours. Enfin, s'agissant des troubles somatiques, l'intimée ne s'est pas prononcée sur les griefs soulevés, se contentant de mentionner que la question des troubles cervicaux-lombaires avait été abordée.

E. 32

Pour sa part, l'intimée a persisté dans ses conclusions par écriture du 31 août 2012.

E. 33

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Toutefois, 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). 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA). 3. Le litige a pour objet le droit de la recourante au versement par l'intimée de prestations de l'assurance-accidents obligatoire. Il s'agit, en particulier, de déterminer s'il subsiste un rapport de causalité entre les troubles psychiques et

A/1578/2012 - 15/21 - somatiques dont souffre la recourante et l'événement accidentel assuré, au-delà du 31 juillet 2007 - date jusqu'à laquelle de telles prestations ont été versées - et si ces troubles entraînent une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. 4. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de

maladie professionnelle. 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). a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré 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. 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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont 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»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas

A/1578/2012 - 16/21 - lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; 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 ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Il en va de même en cas d'aggravation d'un état maladif préexistant. Dans ce cas, cependant, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (ATF non publié 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale à l'exclusion des lombalgies, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (ATF non publié 8C_508/2008

du 22 octobre 2008, consid.4.2). b) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références). 5. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé

A/1578/2012 - 17/21 - ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié U 222/04 du 30 novembre 2004 ; ATFA non publié U 66/04 du 14 octobre 2004 et ATFA non publié U 159/04 du 4 octobre 2004). 6. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b). b) 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). c) 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

A/1578/2012 - 18/21 - médecins de la SUVA 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 (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, en ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). d) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 7. a/aa) En l'espèce, par arrêt du 11 novembre 2009, le TCAS a renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, la recourante devant être soumise à une expertise somatique et psychique effectuée par des médecins indépendants. Ces derniers devaient notamment se prononcer sur la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques et physiques dont souffrait la recourante et sur les

A/1578/2012 - 19/21 - répercussions des troubles psychiques et physiques - causés par l'événement accidentel sur la capacité de travail de la recourante dès le 31 juillet 2007.

Faisant suite à cet arrêt, l'intimée a mandaté le CEM, soit pour lui les Dresses N_____ (rhumatologue) et O_____ (psychiatre), aux fins de procéder à l'expertise requise par le TCAS. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du 4 février 2011 et de ses compléments. a/bb) Force est de constater que le rapport du 4 février 2011 fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par le demandeur. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Cela étant, la Cour de céans constate également que pour la Dresse O_____, l'accident assuré, bien qu'ayant pu jouer le rôle de facteur de stress et favoriser une décompensation de certains troubles psychiques préexistants, n'est pas en lien de causalité naturelle avec les troubles existants, dès lors qu'il n'était pas directement à l'origine desdits troubles, ceux-ci étant antérieurs. Pour ce médecin, il n'existait ainsi aucune incapacité de travail directement liée à l'accident. Ce faisant, la Dresse O_____ a examiné le lien de causalité en fonction de la notion prédominant en matière médicale, laquelle ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (ATFA non publié U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1). Dès lors que le TCAS avait déjà relevé ce principe dans son arrêt du 22 novembre 2009, il appartenait à l'intimée de clarifier cette question auprès de la Dresse O_____ et d'attirer son attention sur la notion de causalité naturelle dans le domaine juridique. Compte tenu de cette approche, l'experte ne s'est bien entendu pas prononcée sur la question du retour à un statu quo ante vel sine. Il en va de même sur le plan somatique. En effet, si les médecins du CEM se sont effectivement penchés sur la question des douleurs cervicales et lombaires, en requérant notamment des radiographies, ils n'en ont pas cherché l'étiologie alors même que de nombreuses atteintes dégénératives étaient évoquées. On ne sait ainsi pas si l'accident assuré a pu décompenser d'éventuelles atteintes dégénératives, auquel cas l'assureur devait prendre en charge les suites de l'accident tant que l'origine exclusivement malade n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. De plus, la Dresse N_____ ne s'est à aucun moment prononcée sur l'existence - ou l'inexistence - d'un lien de causalité ab initio avec les troubles allégués et par voie de conséquence sur la problématique du retour à un statu quo ante vel sine. En effet, s'il peut être concevable qu'au jour de l'expertise (fin 2010), les douleurs cervico-lombaires n'étaient plus en lien avec l'accident, l'on ne sait pas si cela a été un jour le cas et, dans l'affirmative, si ce lien de causalité a effectivement cessé avant le 31 juillet 2007 comme semble le prétendre

A/1578/2012 - 20/21 - l'intimée, dès lors qu'elle a mis un terme à ses prestations avec effet au 1er août 2007. b) Force est donc de constater, au vu des considérations qui précèdent, que les expertes du CEM ont en réalité adopté une interprétation médicale de la causalité et qu'elles ne se sont donc pas prononcées sur l'existence d'une causalité partielle entre l'accident assuré et les atteintes à la santé tant psychique que physique ni sur la problématique du retour à un statu quo ante vel sine. Leur rapport doit donc être qualifié de lacunaire et la Cour de céans ne peut s'y fier pour se prononcer sur la validité des décisions prises par la SUVA. Cependant, on ne saurait non plus lui nier toute valeur probante, les expertes ne s'étant en réalité jamais prononcées sur ces points, les parties n'ayant, à aucun moment, expressément demandé aux expertes mandatées d'indiquer quels facteurs étrangers à l'accident assuré (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) avaient le cas échéant contribué, avec l'accident en question, aux lésions constatées, et dans quelle mesure, ni de préciser si les facteurs étrangers étaient devenus ou deviendraient, à partir

d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (statu quo sine ou statu quo ante atteint). Partant, dès lors qu'il s'agit en réalité de trancher des questions qui n'ont jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement (causalité partielle et retour au statu quo ante vel sine), il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, pour qu'elle sollicite un complément d'explications aux expertes sur ces points. Ce n'est que lorsque les expertes se seront prononcées sur ces questions que le rapport pourra être considéré comme complet et que sa valeur probante pourra être examinée. 8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition du 23 avril 2012 et la décision du 7 février 2012 seront annulées et la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1578/2012 - 21/21 - 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.