

## **GE\_GERICHTE ATAS/337/2009 vom 20. März 2009**

GE Cour de justice, 2009-03-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_337\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_337_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/337/2009 du 20 mars 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/337/2009 del 20 marzo 2009

### **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) 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que l'accident du 18 janvier 2006 est postérieur à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

A/2487/2008 - 8/16 -

#### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 3 juin 2008 et a été reçue le 6 juin 2008 de sorte que le délai de recours a débuté le lendemain pour prendre fin le dimanche 6 juillet 2008, respectivement le lundi 7 juillet 2008 (art. 38 al. 1 et 3, art. 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 mars 2008.

#### **E. 5**

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. 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 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 cette atteinte. 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). 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 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul 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*»; cf. 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

A/2487/2008 - 9/16 - cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «*coup du lapin*» (*Schleudertrauma, whiplash-injury*), de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 in fine, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Il convient tout d'abord de distinguer 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 des accidents, 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 (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). 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 dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; 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 puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

A/2487/2008 - 10/16 -

## **E. 6**

En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 470 p. 531). Cependant, lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, il convient de faire exception à ce principe et d'appliquer la jurisprudence en matières de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b).

## **E. 7**

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.

A/2487/2008 - 11/16 - 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, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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).

## **E. 8**

En l'espèce, il ressort des divers rapports médicaux, notamment ceux du Dr K \_\_\_\_\_ du 5 mars 2006 et du Dr B \_\_\_\_\_ du 4 avril 2006 que, lors de l'accident du 18 janvier 2006, la recourante a subi un traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance et qu'elle s'est plainte immédiatement de cervicalgies, vertiges, vomissements et nausées. En définitive, les diagnostics posés associés aux troubles apparus immédiatement après l'accident et au port d'une minerve permettent de reconnaître l'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral. Par conséquent, il ressort de la jurisprudence qu'un lien de causalité naturelle doit être admis entre l'incapacité de travail et l'accident du 18 janvier 2006. Cela ne signifie toutefois pas, contrairement à ce que soutient la recourante, qu'un tel traumatisme explique encore les symptômes présentés aujourd'hui. Sur le plan psychiatrique, dans un rapport du 18 janvier 2007, le Dr G \_\_\_\_\_ a précisé que des difficultés d'acculturation, qui étaient sans rapport avec l'accident, jouaient un rôle dans l'évolution du cas. Puis, dans son rapport du 22 août 2007, le Dr H \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une somatisation et des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et conclu à l'absence d'une

A/2487/2008 - 12/16 - incapacité de travail sur le plan strictement psychiatrique. Il a expliqué qu'il s'agissait de diagnostics d'exclusion en l'absence d'un trouble organique aux vertiges. Il a précisé qu'il n'avait pas observé de troubles de la pensée, de l'orientation dans les trois modes, ni d'idées suicidaires. En définitive, il a expliqué pourquoi il avait retenu ces diagnostics au vu de ses constatations cliniques. Il a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique. En outre, il retient principalement les mêmes diagnostics que

le Dr G \_\_\_\_\_ et son rapport ne contient pas de contradictions puisque, contrairement à ce que soutient la recourante, le trouble vestibulaire ne peut pas être considéré comme un trouble organique expliquant les vertiges ainsi que cela sera développé ci-dessous. Par conséquent, ses conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen de sorte que son rapport a une entière valeur probante. Sur le plan ORL, dans son rapport du 6 juillet 2006, le Prof. D \_\_\_\_\_ a considéré que les quelques anomalies rencontrées indiquaient que les processus compensatoires n'étaient pas encore suffisamment développés pour faire disparaître les plaintes et il a mis en œuvre une physiothérapie vestibulaire. Puis, dans son rapport du 19 février 2007, il a relevé l'importante perturbation de la poursuite oculaire du pendule, qui était pourtant normale en juillet 2006, et il a mis cette perturbation sur le compte d'une mauvaise collaboration. Dans son rapport du 10 janvier 2008, le Dr I \_\_\_\_\_ a noté graduellement une amélioration de la fonction vestibulaire périphérique, une disparition du nystagmus spontané et de la déviation à la marche aveugle sur place, l'absence de nystagmus de position statique ou cinétique de sorte que l'absence d'amélioration substantielle était peu compréhensible et lui donnait à penser que la composante psychiatrique restait importante. L'ENG pratiquée le 25 juin 2008 a en outre confirmé cette amélioration. Dans son rapport du 30 juin 2008, le Dr I \_\_\_\_\_ a précisé que la discrète anomalie sous forme d'une prédominance nystagmique ne permettait pas d'expliquer le tableau de vertiges persistants. Enfin, dans son rapport du 19 février 2008, le Dr J \_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan strictement ORL au vu du résultat des examens objectifs, à l'exception de travaux présentant un risque accru de chute, sur des échafaudages non sécurisés ou des machines rotatives rapides. Ces divers rapports ont été établis par des spécialistes qui ont procédé à des examens objectifs ayant permis de constater, à partir de décembre 2007, la disparition de nystagmus spontané et de la déviation à la marche aveugle sur place ainsi que l'absence de nystagmus de position statique ou cinétique. Par conséquent, depuis le 12 décembre 2007, il n'y a plus de trouble organique expliquant les vertiges puisque, précisément, le Dr I \_\_\_\_\_ considère que la discrète anomalie sous forme d'une prédominance nystagmique n'explique pas le tableau de vertiges persistants. Dès lors, la recourante soutient à tort que les constatations médicales confirment que le développement des processus compensatoires centraux

A/2487/2008 - 13/16 - n'était pas achevé lors des derniers examens effectués en décembre 2007. En effet, l'ENG pratiquée le 25 juin 2008 est superposable à celle de décembre 2007 de sorte que les conclusions du Dr I \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 juin 2008 valent également pour l'examen de décembre 2007. De plus, le Dr J \_\_\_\_\_ se base sur des éléments objectifs, à savoir la disparition des divers nystagmus pour conclure à l'absence d'incapacité de travail d'un point de vue ORL de sorte que ses conclusions sont parfaitement cohérentes. Dès lors, elles ont pleine valeur probante même s'il n'a statué que sur dossier car ce dernier comporte de nombreux rapports des HUG et du Dr I \_\_\_\_\_ qui, eux, ont examiné personnellement la recourante. En effet, 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 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Par ailleurs, même si le Dr B \_\_\_\_\_ continue à délivrer des certificats d'incapacité de travail entière à la recourante, il s'agit de brefs certificats médicaux (dans lesquels ne figurent ni l'anamnèse, ni les plaintes de sa patiente, ni les résultats de ses propres observations ou examens) qui ne comportent pas de motivation sur les raisons qui l'ont conduit à reconnaître à la recourante

une incapacité totale de travail. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il en va toutefois différemment si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert ATF non publié I 676/05 du 13 mars 2006 consid. 2.4 in fine). Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence.

#### **E. 9**

Il ressort de ces renseignements médicaux que la recourante souffre d'une discrète anomalie sous forme d'une prédominance nystagmique qui ne peut expliquer qu'une partie des symptômes qu'elle présente et dont l'origine est indéterminée. Elle ne subit pas d'autre atteinte à la santé physique objectivable consécutive à l'accident du 18 janvier 2006. Pour expliquer la persistance des vertiges, les Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ ne se réfèrent pas au traumatisme cervical ou crânio-cérébral, mais aux troubles psychiques, à savoir les troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, influencés par des difficultés d'acculturation sans rapport avec l'accident qui constituent clairement une atteinte à la santé indépendante d'éventuelles séquelles d'un tel traumatisme, et qui influencent désormais le tableau clinique de manière déterminante. L'importance des troubles psychiques sur l'état de santé de la recourante a été mise systématiquement en évidence par les médecins consultés depuis l'accident. Lors de

A/2487/2008 - 14/16 - l'examen complémentaire effectué par le Dr I \_\_\_\_\_ en date du 12 décembre 2007, l'atteinte à la santé psychique était au premier plan. De plus, le rapport du Dr B \_\_\_\_\_ daté du 4 mai 2006 ainsi que celui du Dr E \_\_\_\_\_ daté du

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2487/2008 - 16/16 -

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