

GE_GERICHTE ATAS/454/2013 vom 2. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_454_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/454/2013 du 2 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/454/2013 del 2 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales.

A/3524/2011 - 31/46 - 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 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 leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37, page 316, consid. 3b). En l'espèce, tous les faits déterminants se sont produits après l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Conformément à l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Respectant par ailleurs les autres conditions de recevabilité, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 et ss LPGA).

E. 3

Le litige porte notamment sur le droit de l'assuré à des prestations LAA au-delà du 31 janvier 2011, notamment à l'octroi et aux montants des rentes invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité, pour les suites des accidents des 22 mars 2007 et 25 septembre 2010. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) L'exigence

afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des

A/3524/2011 - 32/46 - renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se 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 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 261 consid. 3b p. 264). 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 (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C_463/2009, consid. 3). c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières

A/3524/2011 - 33/46 - et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). Par contre, en présence de troubles

psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. 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 (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 (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5). d) L'accident doit être qualifié de gravité moyenne lorsqu'il se situe en deçà de la limite supérieure de cette catégorie, selon la jurisprudence du TFA en la matière, résumée in ATA 670/01 (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures de gravité moyenne - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATF U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATF U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATF U 128/03). 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 (1); 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 (2); la durée anormalement longue du traitement médical (3); les douleurs physiques persistantes (4); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (5); les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes (6); le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (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 puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances a statué sur le cas d'un manoeuvre employé dans une entreprise de transformation de bois qui, travaillant avec une fraiseuse, a vu sa main happée par celle-ci, ce qui a entraîné la perte de

A/3524/2011 - 34/46 - trois doigts. Cet accident a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves et la causalité adéquate a été admise (RAMA 1999 n° U 346 p. 428). La causalité adéquate a par contre été niée dans le cas d'un assuré travailleur manuel dont la main dominante a été mutilée lorsqu'il découpait une plaque métallique avec une scie circulaire, parce que le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques propres selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques n'était pas réalisé au regard de l'ensemble des circonstances (RAMA 2002 n° U 449, p. 53). e) 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA 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 soit 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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

A/3524/2011 - 35/46 - 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). f)

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 raison 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). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). La maxime inquisitoire prévoit que les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est pas

absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des

A/3524/2011 - 36/46 - preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). g) La jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210). h) L'art. 18 al. 1 LAA prévoit qu'un assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, l'invalidité étant l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA. Avant d'examiner précisément le taux d'invalidité du recourant, se pose la question du moment à partir duquel l'état de santé du recourant peut être considéré comme stabilisé, ce qui détermine à la fois la fin du versement des indemnités journalières et l'éventuel début du droit à la rente. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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 l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Selon la jurisprudence, cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le

A/3524/2011 - 37/46 - droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance, ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (ATF non publié du 31 août 2004, no U 305/03, consid. 4.1; ATF non publié du 21 novembre 1995, U 89/95; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 274). La question de

savoir si la poursuite du traitement peut entraîner une amélioration de l'état de l'assuré est de nature médicale. En revanche, celle de savoir si l'amélioration que la poursuite du traitement peut entraîner doit être qualifiée de sensible, est une question de droit que le juge apprécie librement (ATA du 28 mars 1995, consid. 3 et références citées). Dès lors que le droit au traitement médical trouve ses limites dans le fait que celui-ci doit apporter à l'assuré une sensible amélioration de son état de santé, les douleurs persistantes ne confèrent pas de droits à la poursuite du traitement, si l'on ne peut escompter de celle-ci une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATA cité et références citées). i) 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 ou mentale (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). Depuis le 1er janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à 126'000 fr. par an et 346 fr. par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance- accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à 106'800 fr. par an et 293 fr. par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588). 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 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

A/3524/2011 - 38/46 - 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; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). (ATF 113 V 218 consid. 4; W. GILD et H. ZOLLINGER, Die Integritätentschädigung 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- JUNGO, E. MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104). L'annexe 3 à l'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, 210 consid. 4a/bb 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). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. 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).

E. 4

En l'espèce, il convient d'examiner quelles ont été les suites sur la santé du recourant qui peuvent être mises en lien avec les deux accidents et de se prononcer sur les prestations qui pourraient en conséquence être mises à charge de l'assureur LAA. On examinera tout d'abord les suites de l'accident du 22 mars 2007. Trois affections sont à prendre en compte : la problématique de l'épaule, les suites de la commotion et la symptomatique psychique.

A/3524/2011 - 39/46 - a/aa) S'agissant de l'épaule, le diagnostic posé dès le 23 mars 2007, à savoir une luxation post-traumatique de l'articulation de l'épaule droite n'a plus été remis en cause par les examens et rapports médicaux postérieurs, si ce n'est qu'on apprend de l'expertise effectuée par la Dresse KB_____ dans le cadre de la demande de prestations AI qu'une capsulite rétractile a compliqué l'évolution de la guérison. Le lien de causalité entre cette affection et l'accident ne fait pas de doute. Les traitements suivis, soit la mise en place d'une attelle, la prise d'antalgiques et la rééducation par physiothérapie, préconisés dès les premiers examens, n'ont pas été modifiés par la suite. L'état de l'épaule a été considéré comme stabilisé, à compter du mois de mars 2009, par le Dr P_____, ce qui n'est pas contestable au vu des examens et rapports des autres médecins.

L'augmentation des amplitudes de la mobilité de l'épaule droite était en effet déjà constatée par la Dresse N_____, en janvier 2008, le traitement pratiqué ayant été effectué selon les règles de l'art, selon le Dr A_____, consulté le mois suivant par le recourant.

Quant au Dr G_____, intervenu en août 2008 au sein de la CRR, le status après luxation gléno-huméral est compliqué d'une épaule gelée au décours, sans toutefois qu'un traitement particulier ne soit envisagé, si ce n'est à ce moment là, la pratique à domicile d'exercices permettant de renforcer globalement et de faire progresser en mobilité le membre supérieur. Des limitations fonctionnelles de l'épaule droite, ainsi que la permanence durable de douleurs pour le recourant ont été reconnues par tous les praticiens, de sorte que l'intimée a pris la décision d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), ainsi qu'une rente d'invalidité, par décision du 9 mai 2011, en raison des séquelles à l'épaule. a/bb) Le recourant conteste le taux d'invalidité reconnu, mais en relation avec sa situation de santé globale et non pas parce que l'assureur aurait mal évalué la seule problématique de l'épaule. Le taux de 10% retenu pour l'octroi de l'IPAI ne saurait être contesté. Il correspond en effet à l'annexe 3 OLAA, en vigueur depuis 1998, qui prévoit un taux de 10% pour une luxation récidivante de l'épaule, ainsi qu'à la table 1 de la CNA, en vigueur depuis 2000, qui reconnaît un taux de 10% pour une épaule bloquée en adduction mais avec une mobilité jusqu'à 30% au-dessus de l'horizontale. Au regard des rapports médicaux, lesquels font référence à une limitation moindre de la mobilité de l'épaule du recourant sur la durée, notamment l'expertise de la Dresse KB_____, le taux retenu par l'intimé ne saurait être valablement revu.

A/3524/2011 - 40/46 - Au surplus, les nombreux rapports médicaux apportant suffisamment d'information pour tenir compte d'une situation claire et présentant des conclusions concordantes, la Cour n'a aucune raison de faire suite aux conclusions du recourant visant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire, notamment orthopédique, soit ordonnée. Le montant accordé au titre d'IPAI, à savoir 10'680 fr., au regard des dispositions applicables pour un accident qui s'est produit en 2007, est ainsi parfaitement correct. a/cc) Enfin, sans prendre de conclusions spécifiques de ce chef, on comprend de la position adoptée par le recourant durant la procédure, et notamment des pièces produites en relation avec ses perspectives de gains supplémentaires pour le cas où il aurait continué sa formation et gravi les échelons auprès de son ex-employeur, que la rente d'invalidité retenue par l'intimée est également contestée. Or, à teneur des chiffres établis au dossier, en particulier du salaire transmis pour 2011 par l'ancien employeur, de même qu'au vu de l'étude des DTP effectuée par l'intimée et des montants retenus, le taux d'invalidité de 16% et le calcul de la rente en découlant ne saurait être valablement remis en question. A juste titre, le recourant n'a pas contesté les DTP, ni les perspectives de revenus y relatives retenues par l'intimée. Quant au salaire qu'il aurait réalisé en 2011 sans accident, il n'est pas possible de prendre en considération des perspectives d'augmentation relatives à des formations supplémentaires non effectuées, et par là même non réussies, de sorte que les échelons qui auraient pu être gravés dans l'entreprise ne sont que spéculatifs. La rente d'invalidité telle que l'a calculée l'intimée ne saurait donc être revue. b) Lors de l'accident du 22 mars 2007, le recourant a subi un traumatisme crânio-cérébral, avec perte de connaissance. Les conséquences relevées médicalement suite à ce traumatisme ont été des céphalées, ainsi que des douleurs cervicales et des problèmes neurologiques et neuropsychiques. Toutefois, aucune lésion n'a été constatée par les différents examens pratiqués : CT scan cérébral et de la colonne cervicale le 23 mars 2007, ainsi que l'IRM cérébrale et des cavités orbitaires du 10 février 2011. Dès le 30 juillet 2007, la Dresse N_____ a précisé qu'aucune circonstance en lien avec l'accident ne joue de rôle dans l'évolution du cas. Les Dr Q_____ et S_____ et T_____, intervenus dès 2007, ont relevé les origines multifactorielles des symptomatologies en question. Les Dr C_____, E_____, F_____, K_____, L_____, puis DB_____ ont souligné l'importance de l'impact des troubles psychiatriques sur les problèmes de céphalées

A/3524/2011 - 41/46 - et neuropsychiques, non seulement s'agissant des difficultés à poser un diagnostic, mais également en ce qui concernait l'origine desdits problèmes. L'expertise du BREM a fait état de la majoration des troubles en question par la problématique psychiatrique de l'assuré. Enfin, dans l'expertise de la Dresse LB_____ de 2011, ces troubles ne sont même plus mentionnés. Au vu de ce qui précède, le lien de causalité entre l'accident et les troubles précités ne peut donc être établi, en tout cas pour ce qui concerne les troubles parus comme les plus durables, à savoir les troubles neuropsychiques. Aucun traitement sur la durée n'a été instauré, si ce n'est la prise d'antalgiques pour les douleurs, mentionnée de manière générale. Le recourant a été suivi sur le plan neuropsychique durant une période, mais a indiqué avoir arrêté ce traitement de son propre chef, à une date non précisée, car il se sentait mieux. Le suivi sur le plan neuropsychique n'est en tous cas plus régulier après octobre 2009. Aucune limitation fonctionnelle ni sur la capacité de travail n'a pu être établie du point de vue médical, s'agissant des suites du traumatisme crânio-cérébral. Au surplus, les nombreux rapports médicaux apportant suffisamment d'informations pour tenir compte d'une situation claire et présentant des conclusions concordantes, la Cour n'a aucune raison de faire suite aux conclusions du recourant visant à

ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée. Au vu de ce qui précède, l'intimée était en droit de cesser la prise en charge du cas relativement à ces suites, étant rappelé que les indemnités journalières ont été versées du 25 mars 2007 jusqu'au 16 janvier 2011 compris.

c) S'agissant des troubles psychiques, à savoir les troubles anxio-dépressifs et le syndrome de stress post-traumatique dont souffre le recourant, certains médecins ont retenu l'un ou l'autre des troubles comme étant prépondérant. Il n'est cependant pas nécessaire de solliciter de compléments d'instruction sur ce point, dès lors qu'il apparaît que le lien de causalité n'est pas établi entre ces troubles et l'accident. Il en est ainsi du lien de causalité naturelle puisque, contrairement à ce qu'a parfois soutenu le recourant au cours de la procédure, ces troubles se sont présentés non pas suite à l'accident, mais étaient déjà préexistants. Cela ressort clairement des expertises établies en 2010 par le BREM et en 2011 par la Dresse LB _____, dans le cadre de l'examen de la demande AI, qui font état de plusieurs hospitalisations antérieures à l'accident, dès l'année 2001, aussi bien pour des troubles dépressifs que pour un syndrome récurrent de stress post-traumatique, préexistant à l'accident de mars 2007.

A/3524/2011 - 42/46 - Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de considérer l'accident du 22 mars 2007 comme à l'origine desdits troubles. Il n'apparaît pas non plus que ces troubles se soient sérieusement aggravés après cet accident, comme la Dresse N _____ – qui au demeurant n'est pas psychiatre – semble l'avoir pensé, puisque, sur le plan chronologique, ils ne se sont décompensés une nouvelle fois gravement qu'en août 2008, soit près d'un an et demi après l'accident. La Cour renoncera en tous les cas à solliciter des compléments d'instruction et ne donnera pas de suite favorable aux conclusions du recourant s'agissant de la mise en place d'une expertise psychiatrique, dans la mesure où quand bien même l'existence d'un lien de causalité naturelle pourrait par impossible être reconnue, cela ne saurait être le cas pour le lien de causalité adéquate. D'abord, l'accident doit être qualifié de faible gravité, éventuellement de gravité moyenne. Il ne s'agit en tout cas pas d'un accident grave. Cela étant, à la lumière des documents et déclarations figurant au dossier, la Cour se détermine comme suit quant aux conditions de la jurisprudence, dans l'hypothèse d'un accident de gravité moyenne: aa) le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne peut pas être retenu et il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, aucune circonstance particulière en lien avec l'accident n'ayant d'ailleurs été alléguée par le recourant ; bb) de même faut-il nier que les lésions physiques aient été graves ou d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques, s'agissant d'une luxation de l'épaule dont l'évolution vers la stabilisation a duré deux ans ; cc) de surcroît, les traitements médicaux des suites de l'accident n'ont été ni longs, ni particulièrement pénibles, aucune intervention chirurgicale n'ayant par ailleurs été envisagée. Certes, le traitement médical dans son ensemble a été relativement long puisqu'il a duré plus de deux ans, mais il s'avère que c'est surtout le suivi neuropsychologique qui a perduré après le mois de mars 2009, et ce pour une durée limitée, sans que des souffrances particulières n'y soient liées et étant rappelé que l'origine traumatique prépondérante des troubles en questions n'a pu être reconnue ; dd) on peut éventuellement retenir des douleurs persistantes de l'épaule, mais celles-ci sont circonscrites et n'entravent pas le recourant dans sa vie quotidienne, de sorte qu'elles ne devraient avoir aucun impact sur le plan psychiatrique ou psychologique ;

A/3524/2011 - 43/46 - ee) on ne peut pas non plus retenir d'erreur dans le traitement médical ; ff) rien ne permet de retenir le critère des difficultés apparues au cours de la

guérison et des complications importantes ; gg) la durée de l'arrêt de travail est certes très longue puisque celui-ci est en cours depuis six ans, sans aucune reprise du travail, mais elle ne se confond pas entièrement avec la durée de l'incapacité de travail. Celle liée aux troubles somatiques a pris fin en mars 2009. L'incapacité subséquente, au moins depuis 2010, est due uniquement aux troubles psychiques dont souffre l'assuré. Elle est surtout due aux troubles anxio-dépressif et PTSD. Ainsi, le critère de la durée de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, de deux ans au maximum pour les troubles de l'épaule, ne peut pas non plus être retenu. Aucun des sept critères n'est véritablement rempli en l'espèce, ce qui justifie de nier la causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du 22 mars 2007. La Cour a en effet acquis la conviction qu'au vu de l'ensemble des circonstances, il n'était pas dans l'ordre des choses que les faits, tels qu'ils ont pu être établis, génèrent chez le recourant l'incapacité de travail qui est la sienne aujourd'hui de manière prépondérante pour des affections psychiatriques. Au vu de ce qui précède, le recours contre la décision sur opposition du 29 septembre 2011, en tant qu'elle a confirmé la décision du 9 mai 2011, est mal fondé et doit être rejeté.

E. 5

S'agissant des suites de l'accident du 25 septembre 2010, deux affections sont à prendre en compte à teneur de l'objet du litige : la problématique touchant la colonne lombaire et les souffrances psychiques. a) En ce qui concerne les douleurs lombaires dont souffre le recourant, un diagnostic n'a été posé qu'au mois de février 2011, soit plus de quatre mois après l'accident avec lequel elles ont été reliées. Quand bien même le recourant a-t-il allégué avoir tenté en vain d'obtenir des examens, il sied de constater que les médecins consultés de suite après l'accident n'ont pas considéré utile de procéder à des examens particuliers. Il est à souligner que l'existence de douleurs dorsales était déjà mentionnée au dossier après le premier accident mais que cette problématique n'avait fait l'objet ni d'investigation, ni de traitement particulier hormis le port d'une ceinture dont les coûts avaient été pris en charge par l'assureur et d'une minerve, de manière épisodique. Les seules investigations médicales et les mentions dans les différents rapports jusqu'en 2010, notamment reprises dans l'expertise du BREM, ne concernent que le haut du dos et les cervicales. En tout cas, le recourant n'avait pas

A/3524/2011 - 44/46 - mis en lien ces douleurs avec le premier accident et n'a sollicité d'examens médicaux pour des douleurs lombaires qu'après le mois de septembre 2010. La Cour ne peut dès lors retenir de lien entre les deux accidents relativement à cette problématique. Par contre, à teneur des investigations présentes au dossier, il n'est pas possible à la Cour de se prononcer sur l'existence ou le défaut de lien de causalité entre les problèmes à la colonne lombaire et le second accident. En effet, si des diagnostics ont été posés par différents médecins et que la Dresse KB_____ semble indiquer que l'affection était préexistante à l'accident du 25 septembre 2010, rien ne permet de déterminer si les diagnostics peuvent être mis en relation avec un traumatisme subi lors de cet accident ou s'ils doivent être imputés à un problème de santé relevant de manière prépondérante d'un état maladif. En particulier, il convient de déterminer si l'accident a participé, et dans quelle mesure, à provoquer les diagnostics posés suite aux différents examens pratiqués. Les conclusions du Dr P_____ sont insuffisantes à ce sujet, étant souligné que son rapport du 4 mai 2011 ne remplit pas les conditions de la jurisprudence pour qu'on lui reconnaisse une valeur probante suffisante, ne serait-ce déjà parce qu'il n'a pas examiné l'assuré avant de l'établir. Le dossier sera par conséquent renvoyé à l'assurance

pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent, étant précisé que comme l'intimée l'a déjà proposé, il serait souhaitable que le recourant soit examiné par un des experts déjà consultés. La Cour considère en effet que la mise en place d'une expertise judiciaire n'est pas nécessaire en l'espèce, une expertise pouvant rapidement et simplement être diligentée par l'intimée pour répondre aux questions qui se posent au vu des considérants ci-dessus. b) Relativement aux troubles psychiques dont fait état le recourant, il y a lieu de reprendre le raisonnement déjà effectué en relation avec l'accident du 22 mars 2007 pour ce qui concerne le lien de causalité naturelle qui apparaît inexistant dans le cas d'espèce. Par souci d'exhaustivité, la Cour reprendra en outre l'examen des conditions relatives au lien de causalité adéquate, comme suit : aa) aucun caractère particulièrement impressionnant ne peut être retenu en ce qui concerne l'accident qui s'est produit dans la salle de bains du recourant, lequel n'a d'ailleurs fait état d'aucune circonstance concomitante de nature dramatique, ni même d'aucune circonstance particulière ;

A/3524/2011 - 45/46 - bb) de même faut-il nier que les lésions physiques aient été graves ou d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques, s'agissant de douleurs lombaires ne devant être traitées en l'état que par le port d'une ceinture, un reconditionnement musculaire et la prise d'antalgiques. Contrairement à ce qu'a soutenu le recourant, aucune intervention chirurgicale ne semble avoir été préconisée ; cc) les traitements médicaux des suites de l'accident n'ont ainsi été ni particulièrement longs, ni particulièrement pénibles, en l'état ; dd) on peut éventuellement retenir des douleurs persistantes qui n'ont toutefois pas impliqué de traitement lourd ; ee) on ne peut pas non plus retenir d'erreur dans le traitement médical qui ait pu produire une aggravation des symptômes ; ff) rien ne permet de retenir le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; gg) la durée de l'arrêt de travail consécutif à l'accident de septembre 2010, de plus deux ans, ne peut pas non plus être retenue, dans la mesure où la durée globale importante de l'incapacité de travail doit être mise en lien de manière prépondérante avec les autres affections, particulièrement psychiques, dont souffre le recourant. Aucun des sept critères n'est véritablement rempli en l'espèce, ce qui justifie de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du 25 septembre 2010. La Cour a en effet acquis la conviction qu'au vu de l'ensemble des circonstances, il n'était pas dans l'ordre des choses que les faits, tels qu'ils ont pu être établis, génèrent chez le recourant l'incapacité de travail qui est la sienne aujourd'hui de manière prépondérante pour des affections psychiatriques. Aussi, la demande d'organisation d'une expertise psychiatrique doit également être refusée au recourant. Au vu de ce qui précède, la décision du 10 mai 2011 et la décision sur opposition du 29 septembre 2011 doivent être partiellement annulées, en ce qui concerne la problématique de la colonne lombaire, et confirmées pour le surplus.

E. 6

Le recourant, qui est assisté et obtient en partie gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

E. 7

Au surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA).

A/3524/2011 - 46/46 -

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.