

# **GE\_GERICHTE ATAS/612/2012 vom 3. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_612\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_612_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/612/2012 du 3 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/612/2012 del 3 maggio 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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. 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 modi-

A/3127/2010 - 15/28 - fication 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).

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 3.1**

et ATF 118 V 289 consid. 1b et les références). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité

A/3127/2010 - 16/28 - 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 sur-venance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 2.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

#### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 19 mars 2009, et donc plus particulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre les troubles actuels (cervicobrachialgies, céphalées et stress post-traumatique) et l'accident du 29 janvier 2009.

#### **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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 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 181 consid.

#### **E. 6**

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA) Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré dans la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463, 114 V 281 consid. 1d p. 283). En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b, p. 239; ATF 114 V 281 consid. 1c p. 283; cf.

également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 3 ad Art. 6). Compte tenu de la formulation de l'art. 6 LPGA (utilisation des termes « résulter » en français et « bedingt » en allemand), un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail doit exister (Ueli KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, n° 43, p. 164 et ATSG-Kommentar, 2009, n° 6 ad Art. 6).

## **E. 7**

a) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas 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*) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142

A/3127/2010 - 17/28 - p. 75 sv.). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine* ou *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 (arrêt 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 le critère de la vraisemblance 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). Dans ce contexte, il sied encore de relever que 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*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; 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. b) 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 (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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 261 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 ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2, B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1, B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références).

## **E. 8**

a) En matière d'assurance-accidents, l'incapacité de travail s'apprécie généralement sur la base de données médicales (Jean-Maurice FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 1998, n° 69, p. 32). b) 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 les-

A/3127/2010 - 18/28 - quelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

## **E. 9**

En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de déterminer si les cervicalgies invoquées par la recourante sont encore en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. En effet, pour l'intimée, le lien de causalité naturelle a été nié de manière convaincante par le Dr S\_\_\_\_\_ et d'autres médecins consultés dans le cadre de ce dossier,

A/3127/2010 - 19/28 - ce qui correspond d'ailleurs à la jurisprudence en la matière. Quant à la recourante, elle affirme encore souffrir de son membre supérieur droit et de son rachis

cervical. a/aa) D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également les arrêts 8C\_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C\_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C\_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). Dans un arrêt 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008 concernant un cas d'hernie discale, décompensée par l'accident assuré, le Tribunal fédéral a considéré que la preuve médicale de la causalité naturelle était remplacée par cette présomption jurisprudentielle. Dans ce contexte, il y a encore lieu de préciser que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subi des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATFA non publié U 179/03 du 7 juillet 2004, consid. 4.4.2, RAMA n° U 363, p. 45, consid. 3a).

S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres factures (étrangers à l'accident) (ATFA U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, avec références; ATFA U 60/02 du 18 septembre 2002, avec références). Des plaintes consécutives à une simple contusion durant longtemps doivent en effet souvent être attribuées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations (Fehlentwicklung) (ATFA U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, voir également ATFA U 60/02 du 18 septembre 2002). a/bb) S'agissant plus particulièrement des hernies discales, le Tribunal fédéral a considéré que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche,

A/3127/2010 - 20/28 - les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56). b/aa) En l'espèce, force est de constater que plusieurs spécialistes ont considéré, de manière convaincante, que l'événement assuré n'avait entraîné aucune lésion traumatique du rachis de l'assurée. Ainsi, la Dresse M \_\_\_\_\_, dans son rapport du 30 avril 2009, n'a trouvé à l'examen clinique, sur le plan somatique, aucune lésion ou trouble susceptibles de justifier une incapacité de travail, opinion corroborée par le Dr S \_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 décembre 2009 et par les médecins de la CRR dans leur rapport du 6 avril 2010, dont il ressort que ni l'IRM ni les radiographies standards n'ont montré d'indices en faveur d'une

lésion traumatique ou instabilité et que même les troubles dégénératifs paraissent modestes.

Ces médecins n'ont relevé que des troubles dégénératifs, notamment au niveau C4- C5 et C5-C6, déjà anciens, dont il convient de noter qu'ils ressortaient déjà de l'IRM effectuée aux HUG le jour-même de l'accident.

Tous ont considéré que les atteintes somatiques n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Il s'agit par conséquent d'un cas classique dans lequel le lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes de l'assuré ne peut être admis que pour une durée limitée, conformément à la jurisprudence en la matière. Dès lors que les douleurs cervicales persistent plus de deux ans après l'événement assuré, il doit être considéré, en application de la jurisprudence précitée, qu'elles ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré mais qu'elles doivent au contraire être attribuées à d'autres facteurs, notamment psychiques, étant rappelé, dans ce contexte, que le diagnostic de probable syndrome somatoforme douloureux a été posé à plusieurs reprises (voir rapport du Dr O \_\_\_\_\_ du 28 octobre 2009, rapport de la Clinique de Montant du 21 décembre 2009 et certificat du Dr L \_\_\_\_\_ du 14 septembre 2010), qu'en date du 3 septembre 2010, les médecins de la Clinique de Montana ont retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec somatisations et que le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué, lors de son audition du 5 mai 2011, que les douleurs ressenties avaient en réalité été installées par l'état de stress post-traumatique, qui les avait d'ailleurs également chronicisées (voir le procès-verbal d'audition du Dr L \_\_\_\_\_ du 5 mai 2011). b/bb) Pour justifier le maintien d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 29 janvier 2009 et les troubles à la colonne cervicale, la recourante se réfère aux avis de deux de ses médecins : le Dr L \_\_\_\_\_ et le Dr R \_\_\_\_\_ : L'intéressée se fonde tout d'abord sur un courrier du Dr L \_\_\_\_\_ daté du 26 janvier 2010, dans lequel ce praticien indique qu'elle ne s'est jamais plainte de

A/3127/2010 - 21/28 - cervicobrachialgies avant l'accident du 29 janvier 2009 et n'a jamais fait l'objet d'un contrôle radiologique, même minime. Ce faisant, le Dr L \_\_\_\_\_ adopte un raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» qui n'est pas reconnu en matière d'assurance-accidents (voir supra consid. 7a). En outre, lors de son audition le 5 mai 2011, ce praticien s'est contredit puisqu'il a admis devant la Cour de céans que la recourante avait déjà souffert de l'épaule gauche et des hautes cervicales après un premier accident, celui à l'origine du présent litige n'ayant en réalité fait que péjorer les douleurs, ensuite installées par l'état de stress post-traumatique. Enfin, lors de l'audience, le Dr L \_\_\_\_\_ a reconnu ne pouvoir être catégorique quant au caractère traumatique de la hernie discale, cause des cervicobrachialgies. La recourante invoque ensuite le rapport du Dr R \_\_\_\_\_ du 20 mai 2010, qui mentionne une atteinte neurologique, comprenant notamment une hernie discale cervicale C4-C5 gauche se projetant sur la racine C5, et expliquant, selon le médecin, les douleurs à la nuque et aux épaules alléguées par sa patiente. Ce rapport ne permet pas non plus de remettre en question la présomption jurisprudentielle précitée. En effet, le Dr R \_\_\_\_\_ ne fait aucunement état d'un lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et la hernie discale. En outre, les radiographies et autre imagerie effectuées suite à l'événement assuré n'ont pas mis en évidence de tassement des vertèbres ou autre traumatisme au niveau de la colonne cervicale de sorte que l'on peut conclure que la hernie discale n'a pas été causée par l'événement accidentel assuré mais uniquement décompensée, ce qui n'a pas été contesté par la

recourante. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'intimée a largement pris en considération la présomption jurisprudentielle précitée, en attendant plus de plus de deux ans après les faits pour nier la subsistance d'un lien de causalité naturelle entre les cervicalgies et l'événement accidentel assuré. Dès lors que les diagnostics retenus sont clairs et que la question du lien de causalité naturelle peut être tranchée en l'état du dossier, il apparaît inutile d'administrer d'autres preuves et notamment d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, notamment rhumatologique (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). La Cour de céans relève encore qu'en niant le lien de causalité naturelle, l'intimée n'a pas remis en question l'existence d'une atteinte à la santé. Elle a uniquement considéré que les troubles dont souffrait la recourante n'étaient plus consécutifs à

A/3127/2010 - 22/28 - l'événement assuré et qu'ils relevaient, plus de deux ans après les faits, d'une maladie qui n'était pas à sa charge. D'ailleurs, l'assureur perte de gain de l'ex-employeur de la recourante, ni l'assureur-maladie de la recourante - auxquels la décision sur opposition querellée a également été notifiée - n'ont jugé nécessaire de recourir.

#### **E. 10**

Il convient à présent de déterminer si l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les céphalées et l'état de stress post-traumatique de l'assurée peut être reconnue. A cet égard, on relèvera que la question de la causalité naturelle peut rester ouverte dans la mesure où tout lien de causalité adéquate doit être nié, ainsi cela va être démontré. a) Comme indiqué précédemment, le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). La jurisprudence a ainsi 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 (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents

graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en

A/3127/2010 - 23/28 - cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ; - et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail. 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

A/3127/2010 - 24/28 - caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa). b) 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 crânio-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 p. 366 sv.; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; arrêt U 249/01 du 30 juillet 2002 [RAMA 2002 n. U 470 p. 531]). Lorsque l'existence d'un traumatisme du type "coup du lapin" est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant en outre sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 consid. 3b). On rappellera cependant que même en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique selon les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non ceux énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b (ATF 123 V 99 consid. 2; RAMA 2002 n°U 470 p. 532 consid. 4a). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme du 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 (ATFA non publié du 5 octobre 2006, U 385/05; RAMA 2001 n° 412 p. 79 consid. 2b). Cette précision de jurisprudence vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (ATFA non publié du 30 novembre 2004, U 201/02).

A/3127/2010 - 25/28 -

## **E. 11**

La recourante estime que ses troubles psychiques - c'est-à-dire son état de stress post-traumatique, entre autres - sont en lien de causalité adéquate avec l'accident survenu le 29 janvier 2009. Dans ce contexte, elle reproche notamment à l'intimée de ne pas avoir le caractère de gravité moyen mais à la limite du grave, de l'accident dont elle a été victime et d'avoir considéré que les douleurs somatiques avaient été reléguées à l'arrière-plan par les troubles psychiques. a) A titre liminaire, force est de constater que ce qui a caractérisé l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la survenance de l'accident jusqu'à la date de la décision sur opposition litigieuse, c'est l'apparition - très tôt et de manière prédominante - de troubles psychiques, sous la forme d'un stress post-traumatique, alors que les atteintes physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance, ce qui a d'ailleurs été admis tant par le Dr L. \_\_\_\_\_ que par la recourante elle-même. De plus, c'est cet état de stress post-traumatique qui a installé les douleurs. Par conséquent, conformément à la jurisprudence précitée, le caractère adéquat du lien de causalité doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133, en tenant compte uniquement des troubles physiques, de sorte que la question de savoir si la recourante a subi un accident de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue peut, en l'état, rester ouverte. b) S'agissant des critères objectifs, il y a lieu de considérer que l'accident de circulation du 29 janvier 2009 doit être classé dans les accidents de gravité moyenne. En effet, le déroulement

de l'événement en cause - une collision voiture- piéton, sur un passage protégé, alors que le véhicule fautif était en train d'obliquer à gauche et roulait selon toute vraisemblance lentement - et l'intensité des atteintes qu'il a générées - en substance des contusions et des cervicalgies, le diagnostic de traumatisme crânien n'ayant été posé que par la Policlinique de Neurologie des HUG le 20 août 2009 et celui de probable entorse cervicale uniquement par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 3 décembre 2010 - ne sont pas tels qu'il faille admettre l'existence d'un accident grave (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA 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 - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03). A noter également que notre Haute Cour a eu l'occasion de juger que le fait de perdre connaissance et d'avoir été désincarcéré ne suffit pas à faire admettre dans un tel cas l'existence d'un accident grave, ni à conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant (ATFA non publié du 1er février 2005 en la cause U 65/04). Par ailleurs, au vu des pièces du dossier, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes : le rapport de police établi à la suite de la collision ne renferme aucun élément dont on pourrait déduire le contraire. La recourante a souffert de contusions et de cervicalgies. Les

A/3127/2010 - 26/28 - examens spécialisés n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique et se sont révélés normaux. Il n'apparaît pas non plus que la recourante ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Par ailleurs, on relèvera que le traitement médical - consistant en du repos, de la physiothérapie et la prise d'antalgiques - est particulièrement léger. Enfin, la durée de l'incapacité de travail, en raison des troubles physiques, aurait été courte, puisque selon la Dresse M. \_\_\_\_\_, la recourante pouvait reprendre son activité lucrative trois mois après l'accident mais que les troubles psychiques l'en empêchaient. Force est donc de constater qu'aucun des sept critères énoncés par la jurisprudence n'est rempli en l'espèce, de sorte que l'accident du 29 janvier 2009 ne peut pas être tenu pour la cause adéquate de l'affection psychique dont souffre la recourante. Il sera encore précisé que la mise œuvre d'une expertise psychiatrique ne permettrait au demeurant pas de modifier l'appréciation de la Cour de céans quant à l'absence de lien de causalité adéquate, ce point étant une question de droit (et non de fait comme celle de l'existence d'un lien de causalité naturelle).

## **E. 12**

a) Il ressort de ce qui précède que l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les troubles annoncés à partir du 30 avril 2010 en l'absence d'un lien de causalité naturelle en ce qui concerne les cervicalgies et de causalité adéquate s'agissant des céphalées et des troubles psychiques. b) Cela étant, il ressort du dossier que les indemnités journalières ont été réduites à 50% à compter du 18 mars 2010 suite à l'avis de sortie de la CRR du même jour. Alors même que la recourante s'est opposée à cette réduction par courrier du 19 mars 2010 ainsi que dans son opposition du 19 mai 2010 et dans son recours, la SUVA ne s'est jamais déterminée sur le bien-fondé de la réduction de prestations opérée durant la période du 18 mars au 30 avril 2010. Force est de constater qu'aucun élément du dossier ne permet de justifier cette première réduction à compter du 18 mars 2010. En effet, il ressort du rapport complet émis par la CRR le 6 avril 2010 que la reprise d'une activité à 50% n'était envisagée qu'à un poste adapté, n'impliquant aucune effort physique et ce, seulement à

but thérapeutique. Cette conclusion ne saurait donc en soi justifier la réduction des indemnités journalières avant la date du 30 avril 2010, à compte de laquelle la subsistance du lien de causalité a été niée. Dans cette mesure, le recours se révèle par conséquent partiellement fondé et la SUVA sera condamnée, en tant que de besoin, à servir à l'assurée, pour la période du 18 mars au 30 avril 2010, les indemnités journalières calculées sur la base d'une totale incapacité de travail.

A/3127/2010 - 27/28 - La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à leurs frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/3127/2010 - 28/28 - 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.