

GE_GERICHTE ATAS/712/2010 vom 17. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_712_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/712/2010 du 17 juin 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/712/2010 del 17 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Par ailleurs, l'ancien employeur de la recourante est domicilié à Genève (art. 58 al.

E. 2

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une assurée directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 novembre 2009. Il convient dès lors d'examiner si les troubles persistant après cette date sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu le 13 février 2009.

A/1013/2010 - 7/13 -

E. 4

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.

E. 5.1

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 de la causalité naturelle 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. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la

vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). Dans ce contexte, on précisera encore que l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 87 et les références) (arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2008, U 47/07, consid. 6.2 in fine ; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références).

E. 5.2

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

A/1013/2010 - 8/13 - 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; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante. 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 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.

E. 5.3

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. 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 (arrêt du 23 juin 2008, U 47/07, consid. 4 ; du 25 mars 2008, 8C.233/2007, consid.

2).

E. 5.4

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (ATF 119 V 335, 117 V 359), de traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67) ou de traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369), 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 tête diffus, vertiges, troubles de la vue, de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ss consid. 2, 117 V 360 sv consid. 4b).

E. 5.5

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème éd., Berne 1984, p. 136; Gygi,

A/1013/2010 - 9/13 - Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., Berne 1983, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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). Aussi n'existe-t-il 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).

E. 6.1

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; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst.

(Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28). Le juge dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPG). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

E. 6.2

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur 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. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

A/1013/2010 - 10/13 -

E. 6.3

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral du 26 janvier 2007, U 365/06, consid. 4.1). Enfin, on rappellera qu'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; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 20 novembre 2009, 9C_4/2009, consid. 2.2.).

E. 7

En l'occurrence, au vu des principes articulés ci-dessus, force est de constater que le Tribunal de céans n'est pas en mesure d'évaluer, en l'état du dossier, si l'accident

A/1013/2010 - 11/13 - dont la recourante a été victime le 13 février 2009 a encore (ou non), au degré de la vraisemblance prépondérante, un effet causal au-delà du 30 novembre 2009. En effet, le rapport du médecin-conseil de la SUVA du 16 novembre 2009 ne revêt pas une valeur probante suffisante pour permettre de nier un tel effet, singulièrement de s'écarter sans autre des avis convergents des Dr N_____ (du 7 octobre 2009) et Dr R_____ (du 21 septembre 2009), tous deux rhumatologues, ainsi que du Dr M_____, formulé à l'issue de son examen du 20 novembre 2009. Selon ces praticiens, les cervicalgies, les lombalgies ou encore les vertiges dont souffraient la patiente à la suite de son accident du 13 février 2009 persistaient malgré tous les traitements entrepris, tout en continuant à entraver sa capacité de travail dans son ancienne profession de nettoyeuse (cf. dans ce sens, rapport du Dr R_____ du 21 septembre 2009). En particulier, le Dr Q_____ ne motive pas à satisfaction de droit son appréciation contraire, selon laquelle les conséquences délétères de l'accident étaient, désormais, éteintes, se limitant à invoquer à cet égard « le type de traumatisme et le laps de temps écoulé ». A ce propos, on peut relever qu'en présence d'une pathologie dégénérative du rachis, une chute sur le rachis cervical est susceptible de causer des nualgies ou des lombalgies pouvant durer jusqu'à une année à partir du traumatisme, et cela même en l'absence de tassement subit des vertèbres ou de lésions, soit, en l'occurrence, au-delà du 30 novembre 2009 (comp. arrêt du Tribunal fédéral U 147/99 du 15 octobre 2001, consid. 4 e), contrairement à ce que semble soutenir l'intimée. En tout cas, le Dr Q_____ ne s'est pas prononcé sur ce point. Il ne s'est pas davantage déterminé sur la récente augmentation à 30 mg par jour de la posologie du Seropram (antidépresseur permettant, en particulier, de gérer les douleurs http://www.dolor.ch/content_f/pdf/dol044f.pdf) prescrite par le Dr M_____ dès le 5 novembre 2009, étant en outre observé que le médecin-conseil n'a pas remis en cause la réalité, singulièrement l'intensité, des douleurs alléguées par l'assurée. Enfin, il faut noter que le Dr Q_____ n'a pas effectivement pu intégrer, dans son appréciation, le rapport du Dr R_____ du 21 septembre 2009. En effet, ce dernier document n'a été porté (curieusement) à la connaissance de la SUVA que dans le cadre de la présente procédure de recours. Par ailleurs, les symptômes présentés par la recourante (vertiges et céphalées durables, - voire dépression, vu l'administration précitée de Seropram) paraissent entrer dans le tableau d'un traumatisme analogue à ceux de type «coup du lapin», pour lesquels l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain est en principe reconnue, et cela même sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (cf. ci-dessus, § 5.4). Toutefois, le médecin-conseil ne semble pas avoir investigué cette question, tout comme d'ailleurs les autres praticiens consultés. Or, la jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires en matière de traumatismes de ce type et leurs suites. Elle a considéré, en particulier, qu'une

A/1013/2010 - 12/13 - expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9), comme

en l'espèce.

E. 8

Il conviendra dès lors de renvoyer la cause à la SUVA, afin qu'elle mette en œuvre une telle expertise (notamment rhumatologique et psychiatrique), le cas échéant dans le cadre de sa clinique de réadaptation de Sion, comme l'a en particulier proposé le Dr N_____, « en raison de la complexité du problème » (cf. son certificat du 7 octobre 2009). A ce titre, une approche pluridisciplinaire intégrant une discussion de synthèse entre les divers experts consultés qui auront accès à l'ensemble du dossier médical de l'assurée (y compris, le cas échéant, de l'assurance-invalidité) s'avère en effet nécessaire. Vu la prise de Seropram « de longue date » (selon les indications du Dr N_____ du 7 octobre 2009), il s'agira d'élucider entre autres la question de savoir si la patiente présentait une affection psychique déjà avant l'accident, et si l'événement accidentel n'a constitué en réalité que l'occasion pour cette affection de se manifester, et, dans cette dernière hypothèse, de déterminer le statu quo ante ou sine. En cas de troubles psychiques apparus après l'accident (soit en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral), pour lesquels on peut, selon la jurisprudence, renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques, il conviendra de déterminer le lien de causalité sur la base des critères récemment précisés par la jurisprudence en la matière (arrêt du Tribunal fédéral du 1er juillet 2008, 8C_541/2007, consid. 4.2 ; ATF 134 V 109).

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision sur opposition du 19 février 2010 est annulée et la cause renvoyée à la SUVA pour nouvelle décision au sens des considérants.

E. 10

La recourante obtenant (partiellement) gain de cause avec l'assistance d'un avocat, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA)

E. 11

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1013/2010 - 13/13 -

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