

GE_GERICHTE ATAS/886/2012 vom 3. Juli 2012

GE Cour de justice, 2012-07-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_886_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/886/2012 du 3 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/886/2012 del 3 luglio 2012

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

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 modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

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. 4

Le litige porte sur la question de savoir si les troubles présentés par la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 19 mai 2010.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). 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; ATF 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 renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la

A/953/2012 - 10/15 - 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; ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références). 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b).

E. 6

a) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (ATFA non publié U 215/05 du 30 janvier 2007, consid. 5.1; SVR 2007 UV n. 23 p. 75, ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 4.1). b) S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique (ATF 117 V 359 consid. consid. 5d/bb), c'est-à-dire: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

A/953/2012 - 11/15 - - 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

cranio-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 et complications importantes apparues au cours de la guérison; - 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.

c) 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 soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa). 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; ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99;

A/953/2012 - 12/15 - arrêt U 249/01 du 30 juillet 2002 [RAMA 2002 n. U 470 p. 531]). Par ailleurs, toujours en relation avec l'appréciation du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de type «coup du lapin» et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, le Tribunal fédéral a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid.; ATF non publié 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.2).

E. 7

Pour déterminer l'existence d'un lien de causalité, il faut que l'existence d'un tel traumatisme de type "coup du lapin" et de ses suites soit dûment attestés par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 et les références). Ainsi, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait qu'un médecin est lié à l'assureur par un rapport de travail ne A/953/2012 - 13/15 - 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).

E. 8

À titre liminaire, la Cour de céans relèvera que, contrairement à la demande de la recourante, il n'est pas nécessaire de procéder à l'audition de son médecin traitant, les pièces versées au dossier s'avérant suffisantes pour trancher le présent litige. En ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité naturelle, elle doit être admise, le médecin traitant de la recourante ayant attesté, à plusieurs reprises, que sa patiente a ressenti, immédiatement après l'accident dont elle a été victime, de vives douleurs dans la nuque, des nausées, des maux de tête et des vertiges. Il a dès lors lieu de s'interroger sur l'existence d'un lien de causalité adéquate, la causalité naturelle n'étant pas suffisante, à elle seule, pour admettre que l'intimé continue à verser des prestations d'assurance. S'agissant ainsi de la causalité adéquate, compte tenu des circonstances de l'accident du 19 mai 2010 et du fait qu'il y a lieu de ne pas retenir la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 117 V 359 consid. 6a; 115 V 133 consid. 6), l'accident précité doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de l'accident de peu de gravité. En effet, de simples collisions avec un véhicule à l'arrêt (devant un passage à piétons ou un feu rouge) sont classées, en règle générale, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (ATF np U 471/2006 du 5 novembre 2007, consid. 5.3; RAMA 2005 U 549 p. 236, U 380/04, 2003 no U 489 p. 357, U 193/01). Pour autant, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. Il s'est en effet agi d'une collision par l'arrière avec un autre véhicule, alors que la recourante se trouvait dans son automobile à l'arrêt. En ce qui concerne les critères objectifs déterminants, les lésions subies par la recourante (céphalées, nausées, vertiges, fatigabilité et difficultés de concentration) ne sont pas particulièrement graves et le traitement de celles-ci s'est très vite limité à la prise d'antalgiques et à la mise en œuvre de séances de physiothérapie. S'il est vrai que la recourante a consulté de nombreux médecins depuis l'accident du 19 mai 2010, cela ne suffit néanmoins pas à admettre qu'elle ait subi un traitement particulièrement lourd et spécifique. D'autre part, il n'apparaît pas à la lecture du dossier que la recourante aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical

entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ou que des difficultés et des complications importantes soient apparues au cours de la guérison. Le critère jurisprudentiel relatif à l'intensité des douleurs n'est pas réalisé non plus. La recourante allègue, certes, des douleurs à la nuque et des maux de tête. Elle expose surtout qu'elle est épuisée en permanence, ce qui l'oblige à passer la majeure partie de son temps libre couchée à se reposer. On ne saurait toutefois déduire de ces éléments que les douleurs subies par l'intéressée revêtent l'intensité exigée par la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). S'agissant

A/953/2012 - 14/15 - enfin de la durée et de l'importance de l'incapacité de travail de la recourante, il ressort de son dossier qu'elle a rapidement pu reprendre son activité à un taux de 20%. Si elle n'a pas recouvré une pleine capacité de travail aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que sa reprise s'est faite de manière évolutive et que ses médecins ont donné un pronostic favorable et estimé qu'elle recouvrerait la totalité de sa capacité de travail, avec le temps. Quoi qu'il en soit, même si l'on devait retenir que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail était rempli, il s'agirait du seul critère réalisé sur l'ensemble de ceux évoqués par la jurisprudence. Il ne revêt, toutefois, pas une intensité telle qu'il suffise à rendre vraisemblable de manière prépondérante le lien de causalité adéquate, ce d'autant moins que l'accident de mai 2010 se trouve à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne.

E. 9

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations faute de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles allégués par l'assurée. Le recours est donc rejeté.

E. 10

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu d'émolument.

A/953/2012 - 15/15 - 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.