

GE_GERICHTE A/1375/2004 vom 22. Februar 2006

GE Cour de justice, 2006-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1375_2004

FR: GE_GERICHTE A/1375/2004 du 22 février 2006

IT: GE_GERICHTE A/1375/2004 del 22 febbraio 2006

Erwägungen

E. 7

a) 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. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA). Par ailleurs, selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident et, selon l'art. 24 al. 1 LAA, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. b) La causalité est naturelle 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, les 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 découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). c) 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 de troubles psychiques réactionnels, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle 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 des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques

ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). Le caractère adéquat du lien de causalité suppose par principe que l'évènement accidentel ait eu une importance déterminante dans le déclenchement des troubles psychiques (ATF 120 V 355 ; 117 V 366 ; 115 V 403).

E. 8

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 édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

E. 9

Pour pouvoir apprécier la situation, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales,

l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, l'on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 ss et les références). En dernier lieu, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

E. 10

In casu, les médecins consultés par la recourante ont admis une causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident du 7 novembre 2002. Ainsi, le Dr C _____, en date du 10 janvier 2003, a attesté qu'il suivait la patiente depuis le 3 janvier 2003 en raison d'une affection post-traumatique due à l'accident du 7 novembre 2002. Le 13 janvier 2003, ce même médecin a précisé que, lors de cette consultation, la recourante s'était plainte de violents maux de tête, vertiges, instabilité à la marche, bourdonnements d'oreilles et douleurs cervicodorsales. Le status lors de cet examen correspondait parfaitement au diagnostic posé par le Dr B _____ le 7 janvier 2003, à savoir: Status après traumatisme crânio-cervical Syndrome cervical post-traumatique Syndrome subjectif post-traumatique Etat dépressif Douleurs d'allure fibromyalgique préexistantes aggravées par l'accident. Le Dr B _____ avait également souligné que le scan dorsal fait en décembre avait mis en évidence un hémangiome vertébral au sein de la vertèbre D5 mais que cette tumeur vasculaire bénigne n'était certainement pas en rapport avec l'accident. A cet égard, le Dr I _____, quant à lui, avait considéré, en janvier 2003 (cf lettre du 5 mai au Dr F _____), qu'il convenait d'admettre une douleur élective au niveau de la percussion des moyennes supérieures épineuses dorsales à situer dans un contexte dépressif et fibromyalgique. Dans leurs rapports respectifs établis en décembre 2002 et janvier 2003, les Drs A _____, B _____, C _____, et D _____ ont estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle dès le 13 novembre 2002. Par contre, le 26 mai 2003, les experts mandatés par la GENERALI, les Drs F _____ et G _____ ont estimé, au vu du status actuel, qu'une activité à 100% était exigible trois mois après l'accident. Les experts ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée tant sur le plan somatique que psychique. Pour ce faire, il se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte que l'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été longuement entendue. Son état de santé a fait l'objet d'examen approfondis. Le rapport est circonstancié et les experts sont parvenus à des conclusions claires. En particulier, ils ont nié l'existence d'un lien de causalité probable entre l'accident de novembre 2002 et les troubles présentés par

l'assurée, affirmant au contraire la présence d'un état antérieur pour chacun des diagnostics posés (fibromyalgie, hémangiome, épisode dépressif récurrent en rémission complète). Ils ont par ailleurs précisé que le status quo ante/ sine, selon les éléments objectifs du dossier ainsi que l'examen clinique, avait été réalisé trois mois après l'accident. Contrairement aux allégations de la recourante, ces conclusions ne sont aucunement en contradiction avec les constats médicaux effectués par les autres médecins puisque lesdits constats se situent dans la période des 3 mois durant lesquels les experts ont admis un lien de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident du 7 novembre 2002, et que d'ailleurs la SUVA a pris en charge le cas jusqu'en avril 2003. Par ailleurs, l'on ne saurait mettre en doute l'impartialité des experts, même si la recourante soulève à leur encontre le grief de prévention au motif que le Dr G _____, fréquemment mandaté par les compagnies d'assurances prendraient systématiquement des conclusions favorables à celles-ci divergentes de celles des experts mandatés ultérieurement. Cette allégation, non fondée sur des motifs objectifs ou des circonstances particulières, ne peut donc être retenue. En ce qui concerne le manque de sérieux des experts reproché par la recourante, le Tribunal rappelle d'une part que lesdits experts ont rapporté les circonstances de l'accident telles que décrites par la patiente et que par ailleurs l'erreur commise par le Dr G _____ quant à la compliance de celle-ci à un médicament, n'a eu aucune incidence sur les conclusions finales des médecins quant à la causalité naturelle. Preuve en est que la rectification apportée ne les a pas modifiées. En l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise et, dans la mesure où le rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante.

E. 11

Au vu de ce qui précède, un lien de causalité naturelle entre les troubles subis par la recourante et l'accident du 7 novembre 2002 ne paraît pas pouvoir être admis au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence au-delà d'une période de trois mois dès l'accident. La question peut toutefois rester ouverte dans la mesure où, quand bien même le lien de causalité naturelle serait admis de manière probable, il conviendrait d'établir encore l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles.

E. 12

A cet égard, compte tenu de son déroulement et des blessures qu'il a provoquées, l'accident de circulation survenu le 7 novembre 2002 n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni à celle des accidents graves. Il doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à situer à la limite inférieure de la catégorie intermédiaire. En effet, la recourante a été heurtée par une voiture qui s'est déplacée de la voie de droite sur la voie de gauche sans précaution. Suite à l'impact, son véhicule a été projeté de l'autre côté de la chaussée sur environ 20 mètres. La distance d'arrêt doit toutefois être pondérée par le fait que la recourante a affirmé n'avoir pas trouvé immédiatement les freins et que les deux véhicules ne roulaient pas à grande vitesse. S'agissant des lésions physiques, celles-ci ne sauraient être qualifiées de particulièrement graves. En effet, les différents certificats établis par les médecins consultés font état d'une "plaie suturée, de céphalées vasomotrices et de douleurs cervicales, lombaires, dorsales et crâniennes". Les examens pratiqués à l'hôpital n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse traumatique. L'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques doit être niée in casu, dès lors que le déroulement de l'accident ne revêt objectivement pas un caractère particulièrement impressionnant. La blessure au visage de la recourante s'est révélée sans gravité et les autres

séquelles physiques sont quasi inexistantes et n'ont engendré aucune incapacité de travail durable. En ce qui concerne le traitement médical des lésions physiques, celui-ci s'est déroulé normalement, sans retard ni erreur médicale. La recourante a reçu les premiers soins immédiatement après l'accident et a également séjourné une semaine à la Clinique de Jolimont un mois après l'accident. Aucune complication n'est apparue dans la phase de guérison des blessures physiques. Sur le plan psychique, le Dr H _____, psychiatre-psychothérapeute, a précisé que la recourante présentait une personnalité fragile, labile émotionnellement, qui restait fixée à l'évènement, lequel prenait des caractéristiques subjectives de deuil impossible et de pertes irrémédiables qu'elle n'arrivait pas à dépasser. Dans de telles conditions, l'état dépressif demeurait présent et s'en trouvait prolongé et auto-entretenu. Quant à l'expert, le Docteur G _____, il a constaté chez la recourante un épisode dépressif récurrent, en rémission complète. Le TFA a rappelé que l'appréciation objective s'imposait pour garantir la sécurité du droit et l'égalité entre les assurés. Quant à la structure de la personnalité de l'assuré, il en est en revanche tenu compte dans la mesure où, pour apprécier le caractère adéquat de la relation, il faut prendre en considération un large cercle d'assurés. Prenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument moins bien un accident que des assurés jouissant d'une constitution normale (ATF 115 V 406 consid. 4b). En d'autres termes, 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'évènement accidentel lui-même. En l'occurrence, d'un point de vue objectif, l'ensemble des circonstances de l'accident n'est pas de nature à entraîner, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, une incapacité de travail d'origine psychique. De surcroît, ces troubles n'apparaissent pas suffisamment importants pour entraîner une incapacité de travail. Tout lien de causalité adéquate avec l'accident de circulation du 7 novembre 2002 doit être en conséquence nié. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 30 avril 2003 ne prête pas flanc à la critique.

E. 13

Pour le surplus, le dossier médical étant complet, la conclusion de la recourante visant à une expertise supplémentaire est mal fondée.

E. 14

Par conséquent, le recours est rejeté.