

GE_GERICHTE A/2287/2011 vom 6. Dezember 2011

GE Cour de justice, 2011-12-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2287_2011

FR: GE_GERICHTE A/2287/2011 du 6 décembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/2287/2011 del 6 dicembre 2011

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à Genève, représenté par GROUPE SIDA GENEVE, Madame B _____ recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Case postale 4358, 6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ intimée EN FAIT Monsieur A _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1968, était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage, lorsqu'il a été victime d'un accident de la circulation en date du 4 février 2000. L'assuré a souffert d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) simple, d'une fracture du cotyle droit avec luxation postéro-supérieure de la hanche, d'une fracture du cotyle gauche, d'une fracture de la rotule droite, d'une fracture du condyle fémoral interne droit, d'une fracture du Lisfranc à droite avec luxation du 1^{er} cunéiforme et d'une fracture de la tête du 2^{ème} métatarsien ainsi que d'une contusion pulmonaire bilatérale avec un pneumothorax bilatéral. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises tant à Neuchâtel, à Genève qu'à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après la CRR). La CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) a pris le cas en charge. Lors d'un examen de l'assuré en date du 12 décembre 2002, le Dr L _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la SUVA, a estimé que l'évolution subjective restait caractérisée par l'évocation de douleurs diffuses à tout le membre inférieur et par une baisse du moral. Il a pu mettre en évidence une limitation fonctionnelle partielle en relation avec la hanche gauche et le genou avec une atrophie musculaire, sans dystrophie. Sur le plan médico-théorique et en retenant uniquement les éléments organiques, la capacité de travail de l'assuré était de 50% en tous les cas, toutefois, cette capacité de travail semblait compromise actuellement par l'état psychologique de l'assuré, lequel était au bénéfice d'un soutien. Le médecin reconnaissait un lien de causalité naturelle entre l'état psychologique et l'accident ainsi que ses suites. Du 6 avril au 4 mai 2005, l'assuré a séjourné auprès de la CRR pour un bilan global. Dans ce cadre, il a notamment été examiné, en date du 11 avril 2005, par le Dr M _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a noté qu'à l'examen, l'humeur était normale, l'anxiété tournait autour des préoccupations existentielles, mais n'avait rien d'excessif, et il n'y avait pas d'éléments psychotiques florides tels qu'un délire ou des hallucinations, de sorte que le status psychiatrique était plutôt rassurant. Le médecin ne retenait pas de trouble psychique franc, il a cependant estimé que « les préoccupations quant à l'avenir et la difficulté à prendre des décisions pour la suite pourraient relever d'une aide psychothérapeutique à la Clinique (mécanisme de coping, résolution de problèmes) ». Une médication psychotrope n'était pas indiquée. Lors de l'examen médical final du 14 novembre 2005, le Dr L _____ a conclu à une capacité de travail entière dans les activités légères et sédentaires, l'assuré devant avoir la possibilité d'alterner entre la

position debout et assise, et a fixé l'atteinte à l'intégrité à 40%. a) Par décision du 2 décembre 2005, la SUVA a mis fin à la prise en charge du traitement médical et au paiement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} janvier 2006. b) Par décision sur opposition du 18 octobre 2006, confirmant sa décision du 13 juin 2006, la SUVA a alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de 13% dès le 1^{er} janvier 2006 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%. c) Saisi d'un recours contre cette décision sur opposition de la SUVA, le Tribunal administratif du canton de Neuchâtel l'a rejeté par arrêt du 22 août 2008. Il a considéré que l'assuré présentait une entière capacité de travail dans des activités légères, sédentaires et autorisant les positions alternées, a procédé à une comparaison des revenus et a confirmé le taux d'invalidité de 13%. d) Par arrêt 8C_809/2008 du 19 juin 2009, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré contre l'arrêt précité. Dans ses considérants, il précise notamment que l'examen du Dr M_____ n'avait pas permis de mettre en évidence un trouble psychique franc qui réduisait la capacité de travail de l'assuré et que le seul fait que ce médecin ait recommandé un soutien psychothérapeutique en raison de difficultés de l'assuré à envisager l'avenir ne permettait pas d'en déduire une diminution de sa capacité de travail. a) Par décision du 22 septembre 2006, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité au motif que le taux d'invalidité était inférieur à 40%. b) Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal administratif du canton de Neuchâtel l'a rejeté. c) Dans son arrêt 8C_808/2008 du 19 juin 2009, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'assuré et a renvoyé la cause à la juridiction cantonale. Il a estimé que celle-ci avait omis d'examiner une partie du litige qui lui avait été soumis, soit de déterminer la capacité de travail et de gain et le taux d'invalidité de l'assuré pour la période courant de l'accident au 1^{er} janvier 2006. Durant le mois de février 2007, une rechute a été annoncée à la SUVA. La Dresse N_____, spécialiste FMH en médecin interne, a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 22 décembre 2006. Une coxarthrose post-traumatique à droite a été mise en évidence. La SUVA a pris en charge cette rechute. Le 22 novembre 2007, l'assuré a subi une intervention de pose de prothèse totale de la hanche (PTH). Par rapport intermédiaire du 29 avril 2008, la Dresse N_____ a notamment retenu les diagnostics d'état dépressif post-traumatique et réactionnel et de status après PTH droite le 22 novembre 2007 et a indiqué que l'assuré bénéficiait d'une rééducation et d'un soutien psychologique. Une reprise du travail n'était pas prévue. Lors d'un examen du 16 octobre 2008, le Dr O_____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté que le résultat après PTH était excellent et que, d'un point de vue orthopédique, rien ne s'opposait à ce que l'assuré reprenne une activité lucrative. En revanche, il a mentionné que l'assuré sous-entendait qu'il n'allait pas bien d'un point de vue psychologique et qu'il souhaitait consulter un psychiatre. Au vu de cet examen, la SUVA a mis fin, par pli du 12 novembre 2008, au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière, avec effet au 30 novembre 2008. Par décision du 9 décembre 2008, la SUVA a confirmé l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 13%, attendu qu'aucune aggravation notoire de son état de santé somatique n'avait pu être constatée. Elle a également refusé l'augmentation des prestations pour des troubles psychogènes, au motif qu'ils n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident. Par pli du 19 janvier 2009, l'assuré a formé opposition contre cette décision, sollicitant l'octroi d'une rente fondée sur une incapacité de gain de 75%. Il a en substance contesté le fait que ses troubles psychiques n'avaient pas été pris en considération par la SUVA et a soutenu qu'ils étaient en rapport de causalité avec

l'accident. Il a produit à l'appui de son opposition : - un rapport du 9 décembre 2008 de la Dresse N_____, laquelle a relevé que l'assuré souffrait d'un état dépressif, qui s'était développé suite à une absence de soutien dans la recherche d'emploi et à une absence de reconnaissance. A ces éléments se sont ajoutés des problèmes socio-économiques. - un rapport du 12 janvier 2009 du Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a attesté suivre l'assuré depuis le 24 octobre 2008 et a posé les diagnostics suivants : un trouble de l'adaptation, une réaction dépressive prolongée et une forme d'épuisement psychologique liée à sa longue lutte pour recouvrer sa santé et être compris des administrations prenant son dossier en charge. D'après l'assuré, sa souffrance psychologique était en lien avec l'accident, cependant, le médecin n'a pas pu se prononcer de manière objective sur l'impact que l'accident et ses suites sur le plan somatique avaient occasionné sur la vie de l'assuré. Il a conclu que celui-ci présentait une totale incapacité de travail, au vu du stress émotionnel que représentait l'exercice d'une activité lucrative avec les relations interpersonnelles que cela supposait. Dans un rapport du 27 juillet 2009 adressé à l'OAI, le Dr P_____ a retenu un trouble de la personnalité, sans précision, et des traits de personnalité paranoïaque et de personnalité évitante, troubles qui étaient présents depuis l'adolescence. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 1^{er} janvier 2009. Ses limitations étaient liées à une fatigabilité accrue, à des douleurs intermittentes et variables aux articulations des membres inférieurs, à une irritabilité, à une difficulté à supporter les rapports avec l'autorité et à une perte de motivation. Ces limitations se manifestaient au travail par une incapacité d'assumer une régularité au travail en lien avec ses douleurs, par un risque d'éclat de colère s'il se sentait incompris et stressé et par une crainte qu'il n'arrive plus à gérer son état de santé parallèlement à sa séropositivité HIV et ses handicaps physiques. La SUVA a mis en œuvre un examen psychiatrique auprès du Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a reçu l'assuré en date du 1^{er} octobre 2009. Il résulte de son rapport du même jour que l'assuré a expliqué attendre la réponse de la SUVA à son opposition, qu'il était fâché contre elle et qu'il ne voulait pas être examiné par un médecin de la SUVA, car il n'avait plus confiance, étant précisé qu'il n'avait confiance en personne. En outre, l'assuré a dit poursuivre son traitement auprès du Dr P_____ à raison d'une séance par semaine, mais sans médication psychotrope. Au vu de ces déclarations, le médecin a mis un terme à l'examen, attendu que ses constatations allaient être parasitées par l'opposition et la méfiance de l'assuré. Il a indiqué à celui-ci qu'il solliciterait qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre auprès d'un médecin psychiatre externe à la SUVA. A la requête de la SUVA, le Dr P_____ a établi un rapport en date du 21 juin 2010, dans le cadre duquel il a indiqué que l'assuré redoutait, psychologiquement, l'autorité face à laquelle il se sentait désécurisé (perte de confiance et sentiment de trahison) et qu'il craignait de s'y opposer, comme cela avait été le cas avant l'accident de 2000, et avait peur d'une explosion de colère face à un patron non compréhensif. Le médecin a exposé que l'assuré avait présenté un fonctionnement psychologique lui permettant de travailler de manière satisfaisante dans un cadre artistique lui garantissant une relative liberté et autonomie. Ce fonctionnement n'a pas changé, mais s'est révélé à son détriment lorsqu'il s'est retrouvé dans une situation où il ne jouissait plus de cette autonomie et de cette liberté, comme cela a été le cas à la CRR et lors des décisions qui ont touché à sa réadaptation. Il a précisé que la chronicisation du conflit l'opposant à ses assureurs accentuait son sentiment d'insécurité et ne favorisait pas son fonctionnement psychologique. En ce qui concernait les facteurs étrangers à l'accident dans le tableau psychique actuel, il a indiqué que l'assuré

souffrait de ne pas pouvoir retourner travailler dans un cadre artistique qui lui convenait et d'une insécurité financière, qui engendrait une perte d'indépendance. Dans son appréciation du 8 mars 2011, le Dr Q _____ a estimé que l'assuré ne présentait aucun trouble psychique majeur manifeste qui puisse être en relation de causalité naturelle avec l'accident du 4 février 2000. En effet, lors des différents séjours à la CRR, aucun trouble psychique manifeste n'avait été diagnostiqué par les psychiatres, bien qu'une anxiété ait toujours été relevée, laquelle était vraisemblablement en lien avec les conditions existentielles de l'assuré. Ce n'était que dès 2008 que des troubles psychiques sont apparus, lesquels ont été attestés par le médecin traitant, qui n'a toutefois pas décrit ces troubles. Quant au Dr P _____, il a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation et a fait état du conflit avec les assurances sociales qui ne lui allouaient plus les prestations escomptées. Cependant, un tel trouble ne pouvait apparaître 8 ans après un événement traumatique et être en relation de causalité naturelle avec cet événement. Enfin, dans son dernier rapport, le Dr P _____ a estimé que le trouble de la personnalité existait bien avant l'accident du 4 février 2000 et il décrivait l'assuré comme une personne qui n'avait jamais supporté aucune autorité. Or, tous les recours interjetés par l'assuré ont été rejetés, de sorte que le médecin en a conclu qu'il était vraisemblable que les troubles actuels étaient bien plus en lien avec la confrontation à une autorité « intransigeante » qu'avec l'événement accidentel. Par rapport du 4 avril 2011, le Dr P _____ a indiqué que l'assuré avait peu de chance, en l'état, de se réinsérer professionnellement. Il le sentait brisé physiquement et émotionnellement sans qu'il présente à proprement parler un trouble psychiatrique précis. Les relations conflictuelles qu'il avait rencontrées dans ses différents emplois avant 2000 révélaient, d'après lui, un sérieux handicap durable dans sa capacité à s'intégrer dans un emploi et à s'adapter aux règles d'un employeur, à moins qu'il ne soit indépendant. Il a expliqué que cette difficulté était masquée, avant l'année 2000, par l'indépendance que lui conférait son métier de directeur artistique. Toutefois, son changement de statut suite à l'accident a révélé ce handicap et les troubles physiques l'avaient accentué. Les aspects de la personnalité de l'assuré justifiaient sa demande de rente AI. Il a transmis à la SUVA un rapport du 19 mai 1994 du Dr Q _____, psychiatre et psychothérapeute, lequel avait posé les diagnostics suivants : des comportements d'évitement (gymnastique, sport, compétition), des crises de tétanie par hyperpnée (durant les marches à l'armée) chez une personnalité phobique et un antécédent de fracture de la nuque dans l'enfance. Au vu du caractère envahissant de son trouble et de son importance croissante, ce médecin avait retenu une inaptitude au service militaire pour des raisons psychiques. Par décision sur opposition du 6 juillet 2011, la SUVA a confirmé sa décision du 9 décembre 2008 refusant l'augmentation du taux de la rente d'invalidité allouée à l'assuré dès le 1^{er} janvier 2006 et a rejeté son opposition. Elle a tout d'abord constaté, au vu des rapports médicaux, que l'état de santé somatique de l'assuré ne s'était pas aggravé depuis le 1^{er} janvier 2006 et qu'il n'y avait pas eu non plus d'aggravation des circonstances économiques. Dès lors, les conditions de la révision de la rente n'étaient pas réalisées du point de vue somatique. La SUVA a également considéré qu'il n'existait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 4 février 2000 et a laissé ouverte la question de la causalité adéquate. Le 28 juillet 2011, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre ladite décision sur opposition, concluant à son annulation. Il soutient tout d'abord ne jamais avoir requis la révision de sa rente d'invalidité en relation avec ses troubles somatiques, mais uniquement en lien avec ses atteintes psychiques, lesquelles ont été ignorées de manière erronée par la SUVA. Il fait valoir que ses troubles psychiques sont

en relation de causalité adéquate avec l'accident, lequel doit être qualifié d'accident grave. De plus, même si son accident doit être considéré comme un accident de gravité moyenne, il convient de tenir compte du fait qu'il a subi des lésions très graves et de très nombreuses opérations, qu'il a enduré des souffrances importantes, que ses douleurs et ses séquelles persistent toujours et qu'il n'est pas exclu qu'il doive encore subir une nouvelle intervention chirurgicale, alors même que l'accident s'est produit il y a 11 ans déjà. Enfin, il allègue, au vu du rapport du Dr P_____ du 4 avril 2011, que sans l'accident, il aurait pu continuer à exercer l'activité de directeur artistique et à vivre comme auparavant. Il en conclut que les troubles psychiques dont il souffre sont invalidants et que l'intimée doit en répondre au titre de l'accident du 4 février 2000, de sorte que sa rente d'invalidité doit être augmentée. Par réponse du 14 septembre 2011, l'intimée, représentée par un conseil, a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir, d'une part, que les difficultés du recourant avec l'autorité existaient antérieurement à l'accident et étaient donc étrangères à celui-ci et, d'autre part, que l'état dépressif n'est apparu qu'en 2008 et qu'il est bien plus lié aux refus répétés opposés au recourant qu'aux éléments intrinsèques de l'accident. En outre, tous les examens psychiatriques entre 2000 et 2008 ont conclu à l'absence de problématique sur le plan psychiatrique, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre ces troubles et l'accident. Pour le surplus, l'intimée se réfère à sa décision sur opposition. Dans sa réplique du 11 octobre 2011, le recourant maintient les termes de son recours. Il invoque que les rapports du Dr P_____ permettent de retenir un rapport de causalité naturelle entre ses troubles psychiques et l'accident. En effet, d'une part, ce médecin pose les diagnostics de trouble de l'adaptation, de réaction dépressive prolongée et une forme d'épuisement psychologique liée à sa longue lutte pour recouvrer sa santé et retient une incapacité de travail de 100%. D'autre part, bien que les difficultés d'adaptation à l'autorité fussent présentes antérieurement à son accident, elles étaient masquées par l'indépendance que lui conférait son métier de directeur artistique et ont été révélées par son changement de statut suite à l'accident. Il souligne que sans cet accident, il aurait pu continuer à exercer son activité de directeur artistique et à vivre comme il le faisait sans que ces troubles l'empêchent de travailler et d'avoir une vie normale. Par duplique du 17 octobre 2011, la SUVA a persisté dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le fait de savoir si c'est à juste titre que la SUVA a refusé d'augmenter la rente d'invalidité allouée au recourant, en raison de ses troubles psychiques, et singulièrement sur le lien de causalité entre ces troubles et l'événement survenu en date du 4 février 2000. Il sera précisé que la révision de la rente eu égard aux troubles somatiques du recourant n'est pas litigieuse. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir (augmentée, réduite ou supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de

l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modification sensible de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s., 387 consid. 1b p. 390 s.). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369, consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b) Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également ATF 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). a) 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 règle du degré de vraisemblance

prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. b) Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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, 402 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). c) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352

ss consid. 3). 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. Etant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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). 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). a) Dans la décision sur opposition litigieuse, la SUVA a nié le rapport de causalité naturelle entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du mois de février 2000, en se fondant sur les rapports des Drs Q_____ et P_____, alors que le recourant soutient le contraire, en se basant sur les mêmes rapports. b) En l'occurrence, le Dr Q_____ a estimé, en mars 2011, que le recourant ne présentait aucun trouble psychique majeur manifeste qui puisse être en relation de causalité naturelle avec l'accident du 4 février 2000. En effet, d'après lui, le diagnostic de trouble de l'adaptation, qui a été retenu par le Dr P_____, ne pouvait apparaître 8 ans (en 2008) après un événement traumatique et être en relation de causalité naturelle avec cet événement. En outre, attendu que ce médecin avait déclaré, d'une part, que le trouble de la personnalité existait bien avant l'accident du 4 février 2000 et d'autre part, que l'assuré n'avait jamais supporté aucune autorité, le Dr Q_____ a conclu qu'il était vraisemblable que les troubles actuels étaient bien plus en lien avec la confrontation à une autorité « intransigeante » qu'avec l'événement accidentel. c) Il sera constaté que si l'appréciation du Dr Q_____ n'est certes pas dûment motivée, comme l'exige la jurisprudence, pour qu'il lui soit conféré pleine valeur probante, force est toutefois de constater qu'il tire simplement les conclusions des diverses constatations du Dr P_____. En effet, ce médecin, qui est le psychiatre du recourant, pose en substance les diagnostics de trouble de la personnalité, sans précision, et de traits de personnalité paranoïaque et de personnalité évitante, lesquels réduisent à néant la capacité de travail du recourant dès le mois de janvier 2009, étant précisé que le trouble de l'adaptation et la réaction dépressive retenus en janvier 2009 ont été abandonnés par la suite. Le Dr P_____ explique que les troubles de la personnalité étaient présents chez le recourant depuis l'adolescence et que celui-ci avait toujours eu des difficultés liées à l'autorité que ce soit à l'école ou dans les différentes activités qu'il a exercé avant l'année 2000, où il

pouvait rencontrer des relations conflictuelles avec sa hiérarchie. Ces troubles engendraient, d'après le Dr P _____, un handicap durable dans sa capacité à s'intégrer à un emploi et à s'adapter aux règles d'un employeur, à moins qu'il ne soit indépendant, comme il l'avait été durant quelques années lorsqu'il travaillait dans une discothèque (entre 1997 et 1999). En outre, ce médecin parle également à plusieurs reprises des conflits opposant le recourant à ses différents assureurs et du fait que ces conflits accentuaient son sentiment d'insécurité et ne favorisaient pas son fonctionnement psychologique, lequel ne s'était pas modifié depuis l'adolescence. Enfin, le médecin a exposé les souffrances et les craintes de l'assuré face à l'avenir, et notamment face à l'insécurité financière, à la gestion de son état de santé somatique ou à la reprise d'une activité lucrative. Pour le surplus, il a notamment motivé le fait que le recourant présentait déjà différents troubles psychiatriques avant l'année 2000, en produisant un rapport du 19 mai 1994 du Dr Q _____, psychiatre et psychothérapeute, lequel avait notamment relevé les comportements d'évitement du recourant ou sa personnalité phobique, de sorte qu'il l'avait déclaré inapte au service militaire. Ainsi, il est établi que les troubles psychiques existaient déjà avant l'accident, soit dès l'adolescence, et ce en relation avec les difficultés de l'assuré face à l'autorité, que ces troubles ont été diagnostiqués et considérés comme invalidants seulement huit ans après l'accident et que le psychiatre traitant estime que la cause essentielle est due aux difficultés rencontrées par le recourant dans ses relations avec ses assureurs et à ses craintes liées au futur, de sorte que ces troubles ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'accident, qui n'en est que la cause possible. Il convient de relever, à cet égard, que la simple constatation que le recourant ait été asymptomatique avant l'accident et que les symptômes des troubles psychiques soient apparus après l'accident revient à se fonder sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Le fait que les troubles sont notamment dus aux conflits avec les assureurs, sans aucun doute consécutifs à l'accident, ne suffit pas pour admettre le lien de causalité naturelle, car cette sorte de sinistrose intervient des années après que l'état de santé psychique de l'assuré ait été considéré comme stable et sans conséquence sur sa capacité de travail. De même, l'autre cause évoquée par le psychiatre traitant serait la crainte face au futur, alors que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en 2005 déjà et que ses difficultés à s'insérer dans le monde du travail sont en réalité attribuées aux relations professionnelles conflictuelles préexistantes à l'accident. d) Au vu des rapports du Dr P _____, la Cour de céans considère qu'il y a lieu de suivre l'avis du Dr Q _____ et de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que les troubles psychiques présentés par le recourant dès 2008, qui sont certes susceptibles de limiter sa capacité de travail dans une certaine mesure, ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 4 février 2000. Au demeurant, le fait que les troubles psychiques soient apparus plus de 8 ans après l'accident et qu'ils n'aient été invalidants que depuis le 1 er janvier 2009, d'après le Dr P _____, conforte la Cour de céans dans cette conclusion. Pour le surplus, attendu que le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, il n'est pas nécessaire de revenir sur ce dernier. Enfin, au vu de l'absence de causalité entre les troubles psychique et l'accident, nul n'est besoin d'examiner les conditions de la révision de la rente d'invalidité. Partant, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas augmenté le taux de la rente d'invalidité du recourant. Mal fondé, le recours sera ainsi rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le

recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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