

GE_GERICHTE A/2720/2007 vom 3. Juni 2008

GE Cour de justice, 2008-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2720_2007

FR: GE_GERICHTE A/2720/2007 du 3 juin 2008

IT: GE_GERICHTE A/2720/2007 del 3 giugno 2008

Erwägungen

E. 6

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). On rappellera que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER / RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF du 13 mars 2007 U /532/07; ATF 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147 et la jurisprudence citée; RAMA 2001 n° U 435 p. 332 [arrêt E. du 5 juin 2001, U 398/00]; Alfred BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in : RSAS 1996 p. 94; Rudolf WIPF,

Koordinationsrechtliche Fragen des UVG, in : RSAS 1994 p. 9 ss). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45, consid. 3a et la référence citée).

E. 7

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 (ATFA du 27 octobre 2005 U 389/04; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé, celui doit à tout le moins établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts B. du 30 novembre 2004, U 222/04, C. du 14 octobre 2004, U 66/04, et N. du 4 octobre 2004, U 159/04). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

E. 8

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). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39). En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

E. 9

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

E. 10

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA 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 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, en ce qui concerne les 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 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 11

En l'espèce, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités au 30 juin 2006 et, lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 29% après avoir procédé à la comparaison des revenus. Elle s'est en effet fondée sur les conclusions du Dr T_____, selon lesquelles l'assuré était à même de travailler à plein temps dans le cadre d'une activité légère impliquant des sollicitations alternées, sans port de charges de 15 kg ou plus, sans position inconfortable telle que monter ou descendre d'échelles ou d'échafaudages, ou encore telle que s'accroupir. A noter que tant le Dr R_____ que le Dr T_____ ont constaté que sur le plan somatique, la situation était stabilisée et qu'elle ne pouvait en aucun cas expliquer l'étendue de la symptomatologie présentée. Les médecins des HUG ont du reste également évoqué la présence d'un syndrome douloureux somatoforme. Il y a dès lors lieu de conclure

que la SUVA était fondée à considérer que, du point de vue somatique, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité légère. Cet aspect du reste n'est pas litigieux (cf. procès-verbal du 27 mai 2008).

E. 12

L'assuré reproche à la SUVA d'avoir ignoré le fait qu'il souffrait de troubles psychiques pour fixer le montant de sa rente d'invalidité. Il considère à cet égard, ce contrairement à la SUVA, que ses troubles psychiques sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu en juillet 2004.

E. 13

Quelques jours après l'accident, le Dr M_____ a diagnostiqué une dépression réactionnelle. Le Dr N_____ a relevé en septembre 2004 une baisse de thymie due à l'impossibilité de travailler. Les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de dépression réactionnelle et de trouble somatoforme douloureux ont été envisagés en septembre-octobre 2004 par les médecins des HUG. Le Dr S_____ a confirmé le 9 février 2005 la présence d'un syndrome douloureux persistant et d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, mais a exclu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ce malgré quelques épisodes plutôt rares de réviviscence du traumatisme. Le Dr M_____ a en revanche considéré, dans un courrier du 8 juin 2006, que son patient souffrait de séquelles graves au niveau psychiatrique, en particulier avec un syndrome de stress post-traumatique assez prononcé. Selon ce médecin, ce stress post-traumatique est directement lié à l'accident. La Dresse U_____ a confirmé les conclusions du Dr M_____ dans son attestation du 24 avril 2007 et indiqué que l'assuré présentait un important état anxio-dépressif déclenché par l'accident et une évolution somatoforme due au stress post-traumatique, ce qui impliquait une totale incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. Entendue par le Tribunal de céans le 27 mai 2008, la Dresse U_____ a toutefois précisé que ce qui la préoccupait particulièrement chez son patient, était ses idées autodépréciatives, son sentiment d'indignité, ses idées mélancoliques d'inutilité, ce qui correspondait typiquement à un tableau de dépression endogène. Force est ainsi de constater que selon la Dresse U_____ les troubles psychiques dont souffre actuellement principalement l'assuré ne sont en réalité pas liés à l'accident. Le lien de causalité naturelle ne peut dès lors être que nié dans ces conditions. De la sorte, le recours, mal fondé, sera rejeté, sans qu'il soit nécessaire d'examiner la question de la causalité adéquate, et sans qu'il soit nécessaire, partant, de revenir sur les circonstances de l'accident.