

GE_GERICHTE A/2825/2015 vom 21. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2825_2015

FR: GE_GERICHTE A/2825/2015 du 21 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/2825/2015 del 21 giugno 2016

Erwägungen

E. 15

novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Pour admettre l'existence du lien de causalité 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;![endif]>![if> - 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; ![endif]>![if> - la durée anormalement longue du traitement médical;![endif]>![if> - les douleurs physiques persistantes;![endif]>![if> - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;![endif]>![if> - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;![endif]>![if> - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. ![endif]>![if> 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 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les références). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). ![endif]>![if> 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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. 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 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGa n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation. b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin

2012 consid. 4.1 et les références). c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

10. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de

façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). 12. En l'espèce, l'intimé se fonde sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 ainsi que sur les appréciations de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 et du Dr G_____ du 19 novembre 2014 pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par les médecins précités. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces documents.!

[endif]>!

[if> a/aa. Concernant tout d'abord le rapport précité de la CRR, force est de constater qu'il ne s'agit pas d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (voir ATF 136 V 117). Cela étant, le fait qu'il ne s'agisse pas d'une expertise stricto sensu n'ôte pas toute valeur probante au rapport dès lors que ni l'origine, ni la désignation ne sont déterminantes mais son contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si ledit rapport répond aux requisites jurisprudentiels en matière de valeur probante. a/bb. Si les médecins ont pris en considération les plaintes du recourant, qu'ils ont au demeurant brièvement résumées dans leur rapport du 15 octobre 2014, ils n'ont pas établi d'anamnèse de sorte qu'on ne sait pas s'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant, celui-ci n'y étant pas résumé. Bien plus, des doutes subsistent à ce propos, dès lors que certains rapports d'imagerie, tels que l'IRM cervicale du 28 janvier 2011 ou encore le SPECT/CT du 16 janvier 2012, ne sont pas cités et les atteintes mises en évidence lors de ces examens non prises en considération à titre de diagnostics. Ainsi en est-il des discopathies L1-L2 et L2-L3, lesquelles ressortent du rapport relatif au SPECT/CT effectué le 16 janvier 2012 ou encore de la protrusion discale C5-C6 en contact avec la racine C6 droite associée à une surcharge facettaire et de la discopathie circonférentielle avec protrusion discale gauche à l'étage C6-C7, notamment, lesquelles ont été illustrées par l'IRM cervicale du 28 janvier 2011. Il existe également des doutes quant au caractère complet des examens effectués. En effet, dans le rapport du 15 octobre 2014, les médecins de la CRR ont fait état d'un trouble de l'humeur, toutefois insuffisant pour que le diagnostic d'état dépressif puisse être posé. Force est toutefois de constater que le rapport précité ne précise à aucun moment le nom du médecin ayant examiné le recourant. On ne sait donc pas si l'examen a été réalisé par un médecin spécialisé en psychiatrie, ce qui a une incidence pour la valeur probante du rapport (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Le rapport ne détaille pas non plus les symptômes évoqués ainsi que les constatations objectives permettant d'arriver à la conclusion précitée. Dans ce même contexte, la chambre de céans s'étonne qu'au vu de la persistance de douleurs importantes, prétendument non explicables sur le plan somatique, des investigations sur le plan psychique n'aient pas été menées afin de confirmer, le cas échéant, l'allégation desdites douleurs par un diagnostic psychiatrique. La chambre de céans est en outre d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, le rapport de la CRR ne se prononce à aucun moment sur la question du lien de causalité naturelle, éventuellement indirecte ou partielle, entre l'accident assuré et les troubles psychiques, respectivement entre l'accident assuré et les atteintes d'origine dégénérative. En d'autres termes, les médecins de la CRR n'ont à aucun

moment déterminé quels facteurs étrangers à l'accident assuré (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) avaient le cas échéant contribué, avec l'accident en question, aux atteintes psychique et somatique constatées, et dans quelle mesure, et de préciser si lesdits facteurs étrangers étaient devenus ou deviendraient, à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (statu quo sine ou statu quo ante atteint). Certes, s'agissant de l'atteinte psychique, la question du lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles psychiques peut, comme le soulève l'intimée, rester ouverte lorsque la causalité adéquate doit de toute manière être niée. Cela étant, dans le cas d'espèce, l'accident assuré doit à l'évidence être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves, conformément à la jurisprudence en la matière (voir 8b supra), dès lors que l'assuré a chuté d'une hauteur de 7 mètres comme cela ressort du rapport d'accident établi par la SUVA elle-même, et qu'il a souffert d'un TCC léger et de plusieurs fractures au niveau des vertèbres. Or, dans un tel cas, la réalisation d'un seul des critères jurisprudentiels est suffisante, ce qui semble être le cas *prima facie*. La SUVA ne pouvait dès lors s'épargner l'examen de la causalité naturelle et la question d'un retour à un statu quo sine ou à un statu quo ante. Concernant l'atteinte somatique, la chambre de céans constate que si les atteintes telles que les discopathies ou les protrusions discales sont généralement d'origine dégénérative et, dès lors, pas à la charge de l'assureur-accidents, il n'en demeure pas moins que selon l'appréciation du 16 avril 2013 du Dr Q_____, médecin d'arrondissement de la sUVA, il n'était pas exclu que les séquelles de l'événement accidentel, à savoir les douleurs persistantes au niveau de la colonne lombaire, aient pu représenter un facteur aggravant sur les troubles dégénératifs compte tenu de la statique de la colonne vertébrale, laquelle résultait des suites de l'accident. La question de la causalité partielle ou indirecte et celle d'un retour à un statu quo ante vel sine se posent dès lors également dans ce contexte et il appartient à un expert d'y répondre. Enfin, les conclusions des médecins de la CRR ne sont pas motivées. On ne sait ainsi pas pour quels motifs les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant, s'agissant notamment du rachis, ne s'expliqueraient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et pour quels motifs des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis 2010) joueraient un rôle plus important, influençant défavorablement le retour au travail. En outre, on ne comprend pas non plus pourquoi les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR sont moins importantes à l'issue du séjour en 2014 (pas de port de charges répété de plus de 5 à 10 kg et pas d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise) qu'en 2011 (pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de travaux en porte-à-faux, pas de travail nécessitant des positions prolongées ni de travaux prolongés au sol ou imposant des mouvements de flexion-torsion du tronc), alors qu'une atteinte à l'épaule gauche, à la charge de l'intimée, est venue s'ajouter aux atteintes existant au niveau du rachis. Le caractère lacunaire du rapport a implicitement été relevé par la Dresse T_____, qui a complété les limitations fonctionnelles retenues par la CRR en y incluant les suivantes afin de tenir compte de l'atteinte à l'épaule : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieures à 10 kg de manière fréquente et pas de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal a/cc. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 est dénué de toute valeur probante de sorte que la SUVA ne pouvait se fonder sur lui pour fixer le taux d'invalidité, l'état de santé du recourant n'étant pas suffisamment instruit. Reste à voir si les appréciations de la Dresse T_____ et du Dr G_____ pouvaient pallier les défauts du

rapport précité. b/aa. D'emblée, il y a lieu de relever que ni l'appréciation médicale de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 ni celle du Dr G_____ du 19 novembre 2014 ne se fondent sur un examen personnel de l'assuré mais sur le dossier et plus particulièrement sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014. Conformément à la jurisprudence en la matière, elles ne sont toutefois pas en soi dénuées de toute valeur probante de ce seul fait mais doivent faire l'objet d'un examen au regard des réquisits jurisprudentiels applicables en cas d'appréciation faite sur dossier. b/bb. Quand bien même la Dresse T_____ et le Dr G_____, en leur qualité de médecin d'arrondissement, sont employés par la SUVA, on ne peut pas conclure de ce seul fait à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Une pleine valeur probante doit dès lors être attribuée à leurs appréciations si celles-ci 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. Or, dans le cas d'espèce, force est de constater que les avis des médecins d'arrondissement précités ne contiennent aucune nouvelle conclusion médicale mais portent en réalité une appréciation sur celles déjà existantes et plus particulièrement sur les conclusions du rapport de la CRR du 15 octobre 2014. Or, comme on l'a vu précédemment, le rapport de la CRR précité est dénué de toute valeur probante, étant notamment lacunaire et non motivé sur des points essentiels. Dans ces circonstances, il existe suffisamment d'éléments mettant à mal la valeur probante des appréciations médicales de la Dresse T_____ du 30 octobre 2014 et du Dr G_____ du 19 novembre 2014. c. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire et lacunaire par l'intimée. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, le dossier ne contient aucune appréciation de la causalité naturelle entre l'accident assuré et les différentes atteintes, notamment dégénératives, dont souffre le recourant. Quant à l'aspect psychique, il n'a fait l'objet d'aucune instruction approfondie. Il en va de même du retour à un statu quo ante vel sine . Dans de telles circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état actuel du dossier, de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail. Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour que celle-ci mette en place une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, laquelle devra se prononcer de manière circonstanciée sur toutes les atteintes dont souffre le recourant ainsi que sur le lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes retenues. Par ailleurs, il appartiendra aux experts nommés par l'intimée de s'adjoindre le cas échéant les services d'un neuropsychologue si le besoin s'en fait ressentir.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 22 juin 2015 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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