

GE_GERICHTE A/3725/2007 vom 18. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3725_2007

FR: GE_GERICHTE A/3725/2007 du 18 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3725/2007 del 18 novembre 2008

Erwägungen

E. 13

Les parties persistant dans leurs conclusions, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la présente loi n'y déroge expressément. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les fait juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (l'accident ayant eu lieu le 27 novembre 2001), pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Ce délai s'applique aux décisions de l'assurance-accidents rendues postérieurement au 31 décembre 2006. En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à la prise en charge des frais de traitement d'ostéopathie au-delà du 3 juillet 2007. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente. Il n'est pas contesté que l'événement du 7 juin 2002 répond à la définition de l'accident au sens de la LAA. 6. Les prestations comprennent, notamment, la prise en charge du traitement médical, le versement de l'indemnité journalière, le versement d'une rente d'invalidité et le versement d'une IPAI (art. 10, 16, 18 et 24 LAA). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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. 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). 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. Le juge doit ainsi, le cas échéant, retenir les éléments de fait allégués ou envisageables 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). 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). 8. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, fondant la détermination du juge dans le cadre de l'examen du lien de causalité naturelle, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. Enfin, le médecin s'abstiendra de se prononcer en droit (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références). Si, en application du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement ces dernières, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves, la jurisprudence a cependant eu l'occasion de préciser que le juge ne s'écartera pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme 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, 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 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 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). 10. 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 non publié du 9 septembre 1999, U 355/98 consid. 2 in RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et 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 261 consid. 3b et les références citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée 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 désormais en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié du 10 mai 2007, U 172/06 consid. 6 et les références citées). En l'espèce, la SUVA s'est fondée sur l'appréciation du Dr D_____ du 24 mai 2007 pour cesser de prendre en charge les frais d'ostéopathie dès juillet 2007. L'assurée lui reproche de faire état de l'avis de son propre médecin conseil. Le TFA toutefois a déjà eu l'occasion de juger que le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation (ATF 122 v 157). Tel n'est pas le cas s'agissant du Dr D_____. Il est vrai en revanche que son avis est pour le moins succinct, et n'est nullement motivé. Il ne satisfait dès lors pas aux exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante d'un rapport médical. L'assurée se réfère aux conclusions du Dr B_____. Le Tribunal de céans considère cependant qu'elles n'ont pas non plus valeur probante, dans la mesure où ce médecin persiste à poser le diagnostic de syndrome post-entorse cervicale, tout en reconnaissant, ce qu'il avait du reste déjà constaté en juin 2003, qu'aucun moyen (radio, IRM, bilan neuropsychologique ou autre) ne permet d'en établir la présence et se contentant de déclarer à cet égard que l'impossibilité de l'objectiver ne l'empêche pas d'exister. A noter que dans son rapport du 19 avril 2007, le Dr C_____ relevait également l'absence d'anomalie notable à l'IRM d'une part, et aucune limitation au niveau de la colonne cervicale, ni trouble neurologique d'autre part. L'assurée sollicite la mise en œuvre d'une expertise. Il apparaît cependant superflu d'administrer d'autres preuves et cette conclusion préalable doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence). La question du lien de causalité naturelle peut en effet rester ouverte, dès lors qu'en tout état de cause, le rapport de causalité adéquate doit être nié, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous. Le rapport de causalité adéquate relève du droit. Il appartient donc à l'administration - en cas de recours, au juge - de trancher. Parce que la question de la causalité adéquate relève du droit et non des faits, elle ne saurait être examinée à l'aune de la règle du degré de vraisemblance prépondérante applicable à l'établissement des faits en matière d'assurances sociales (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

Les notions de causalité naturelle ou adéquate n'ont pas été modifiées par l'entrée en vigueur de la LPGA et l'existence d'un rapport qualifié entre accident assuré et atteintes à la santé doit toujours être établi pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-accidents (cf. art. 6 al. 1 LAA; arrêt non publié N. du 13 février 2006, U 462/04, consid. 1.1 et les références). En l'espèce, il ne fait aucun doute que la recourante a été victime d'un accident de type "coup du lapin". Tous les médecins ont conclu en ce sens et l'intimée l'a elle-même admis dans ses décisions. Or, en cas d'atteintes à la santé consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychiques, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères de la gravité ou de la nature particulière des lésions subies, des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 366 ss consid. 6a sv.; voir également ATF 123 V 99 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 [arrêt M. du 30 juillet 2002, U 249/01]). L'existence d'un lien de causalité adéquate est donc soumise aux conditions suivantes : - des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs 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. 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. En présence d'un événement accidentel de la catégorie moyenne à la limite supérieure, la réunion de trois critères remplis avec une certaine intensité suffit pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate (cf. Jean-Maurice FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, n. 41 p 18). 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). Il convient donc à présent d'évaluer la gravité de l'accident survenu en juin 2002. Il sied de rappeler que la jurisprudence a 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 (ATF 115 V 139 consid. 6, 407ss consid 5). Notre Haute-Cour a ainsi jugé, dans le cas d'une personne dont le véhicule arrêté à un feu rouge a été percuté par l'arrière par une automobile et a ensuite embouti le véhicule la précédant que l'accident devait être qualifié de banal (ATFA U 160/03 du 31 mars 2004). Dans un arrêt plus récent, daté du 25 janvier 2005 (ATFA U 106/03), elle a en revanche jugé, dans le cas d'un véhicule à l'arrêt percuté à l'arrière et ayant embouti la voiture le précédant, qu'il s'agissait-là d'un accident de gravité moyenne mais que l'on ne saurait le qualifier de particulièrement impressionnant ou dramatique. C'est dès lors à juste titre que la

SUVA a qualifié l'accident du 7 juin 2002 d'accident de gravité moyenne à la limite inférieure. Reste à examiner si les critères permettant de reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate sont réunis, étant rappelé qu'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). Ainsi qu'on l'a vu plus haut, dans le cadre d'accident du type de celui qu'a subi la recourante, on ne saurait admettre l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident. Les lésions n'ont pas été d'une gravité particulière. Il n'a pas été question de difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, pas plus que d'éventuelles erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Le critère de la persistance des douleurs est en revanche sans conteste rempli. Il y a ainsi lieu de constater qu'un seul critère est réalisé en l'occurrence, ce qui ne suffit à l'évidence pas. C'est en conséquence à juste titre que la SUVA entend cesser de prendre en charge les séances d'ostéopathie à compter du 3 juillet 2007. Aux termes des art. 24 et 25 LAA, une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité est versée à l'assuré qui, par suite d'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital et ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident; elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen. La gravité s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'IPAI se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'IPAI peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATF non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). (ATF 113 V 218 consid. 4; W. GILD et H. ZOLLINGER, *Die Integritätenschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124

V 32 consid. 1b, 210 consid. 4a/bb et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a). Force est en l'espèce de constater que c'est à juste titre que la SUVA a refusé d'accorder à la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au motif que l'atteinte n'est ni importante, ni durable, ce d'autant plus que celle-ci n'est au demeurant pas objectivable selon les médecins de l'assurance et selon le Dr B_____ lui-même. Par conséquent, le recours sera rejeté.

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