

## **GE\_GERICHTE A/4209/2010 vom 7. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4209\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4209_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/4209/2010 du 7 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/4209/2010 del 7 maggio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

La recourant soutient que toute valeur probante doit être niée à l'expertise biomécanique. Celle-ci retient que le recourant ne souffrait pas, à la date de l'accident litigieux, des atteintes dégénératives de la colonne cervicale. Ce postulat paraît correct, puisqu'il est, notamment, corroboré par les déclarations mêmes de l'assuré aux représentants de l'intimé les 6 décembre 2007, 28 janvier 2008 et 23 juin 2008, qui ne mentionne aucune plainte en relation avec la colonne cervicale, mais fait exclusivement état de douleurs à l'épaule et au bras, respectivement à la hanche. Par ailleurs, le changement de vitesse (10 km/h -15 km/h) engendré par le heurt du véhicule ayant embouti celui conduit par le recourant est établi sur la base d'éléments techniques. Les conclusions du rapport emportent, sur ce point également, la conviction au regard du degré de vraisemblance prépondérante. En revanche, les explications quant à la déformation du siège du recourant, l'influence du poids de ce dernier et du type de véhicule sur le déroulement de l'accident paraissent moins convaincantes. Or, ces éléments jouent un rôle dans les conclusions auxquelles parviennent les experts quant à l'absence du lien de causalité entre les douleurs exprimées par le recourant et la collision. En outre, quand bien même il fallait retenir que ces explications sont suffisamment convaincantes, des doutes subsistent quant à la fiabilité des conclusions du rapport. En effet, l'appréciation portée par les experts repose sur des réflexions abstraites, de sorte qu'il est difficile de retenir qu'il est apte à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident n'était concrètement, dans le cas du recourant, pas de nature à expliquer les douleurs encore ressenties au moment de l'établissement de cette expertise. Au vu des doutes que la Cour éprouve à cet égard, elle ne se fondera pas sur le rapport biomécanique pour apprécier l'existence du lien de causalité.

#### **E. 4**

A cet égard, le médecin d'arrondissement est parvenu, au terme de l'étude du dossier médical, de l'anamnèse, d'un examen clinique et de l'analyse des radiographies, à la conclusion que les douleurs au dos éprouvées par le recourant ne pouvaient plus être mises en relation avec l'accident de 2009. Aucune lésion traumatique n'avait été décelée et l'examen neurologique était négatif. Compte tenu de l'auscultation de l'assuré, du type d'examen subi, du laps de temps écoulé et de l'absence de lésion traumatique identifiée, il fallait conclure que les conséquences délétères de l'accident de 2009 étaient alors éteintes. Ces explications sont cohérentes et, bien que sommaires, suffisamment motivées. Le médecin d'arrondissement a eu accès aux pièces médicales de l'assuré ainsi qu'aux appréciations exprimées par les médecins de l'assuré. Par ailleurs, l'absence de lésions traumatiques a déjà été constatée par les médecins ayant assuré les soins au recourant directement après l'accident. En effet, les examens pratiqués immédiatement après l'accident du 12 octobre 2009 n'ont révélé aucune lésion traumatique osseuse des vertèbres

ou des cervicales. En outre, l'examen neurologique effectué par le Dr G \_\_\_\_\_ le 9 décembre 2009 n'a mis en évidence aucun déficit moteur ni sensitif. Ce médecin a également relevé l'absence de compression du cul de sac dural d'origine ligamentaire ressortant de l'IRM effectuée le 17 novembre 2009. Le canal rachidien rétréci légèrement aggravé par des protrusions discales observé par le Dr H \_\_\_\_\_ le 11 novembre 2009 n'a nullement été mis en relation avec un évènement traumatique. Le rapport de l'IRM cervicale pratiquée le 19 octobre 2009 met en évidence des troubles dégénératifs, concluant à un discret rétrécissement constitutionnel du canal cervical aggravé de C4-C5 à C6-C7 par une cervico-discarthrose responsable à ces trois niveaux d'un effilement des espaces pré-médullaire et d'une réduction modérée de calibre des trous de conjugaison en C4-C5 et C5-C6. Ce rapport souligne également l'absence d'argument en faveur d'une lésion osseuse traumatique. Seul le Dr C \_\_\_\_\_ évoque, dans son attestation du 27 novembre 2011, la présence d'une compression de la moelle épinière et pose le diagnostic d'instabilité segmentaire de la colonne cervicale. Son rapport précise toutefois qu'il s'agit d'une compression observée lorsque la tête est en extension et non en position normale. Par ailleurs, il mentionne l'existence de lésions ligamentaires. Il n'explique cependant pas sur quels faits il se base pour retenir ce diagnostic. Celui-ci n'est, au demeurant, corroboré par aucun autre avis médical. Enfin et surtout, le Dr C \_\_\_\_\_ reconnaît que les limitations fonctionnelles de l'épaule et du membre supérieur droit ne sont pas en proportion avec les images IRM d'octobre 2011 ni avec les conclusions de l'examen neurologique. Ce seul constat suffit à mettre sérieusement en doute le lien de causalité naturelle entre les douleurs ressenties et l'accident d'octobre 2009. L'ENMG pratiqué le 18 novembre 2011 par le Dr F \_\_\_\_\_ démontre, au demeurant, que les constatations cliniques faites le 16 avril 2007 "étaient pratiquement les mêmes qu'actuellement". Par ailleurs, ni la Dresse E \_\_\_\_\_ ni la Dresse I \_\_\_\_\_, qui ont suivi le recourant après l'accident, n'ont fait état d'une compression de la moelle épinière. Chacune mentionne d'ailleurs la présence de troubles dégénératifs diffus en relation avec les lombalgies et les talalgies, respectivement les atteintes liées aux accidents de 2005 et 2007. En outre et contrairement à ce qu'affirme le Dr C \_\_\_\_\_ dans son écrit du 9 décembre 2010, à savoir que les régions C3 à C7 n'avaient pas été investiguées, il ressort de l'IRM du 19 octobre 2009 que ces régions ont été investiguées. Finalement, en tant que le Dr C \_\_\_\_\_ met en doute la constatation du médecin d'arrondissement qui estime que l'examen neurologique des membres supérieurs est négatif, il convient de relever ce qui suit. Certes, le rapport médical de l'intimé du 3 juin 2008 évoque, dans l'anamnèse, un déficit neurologique au membre supérieur droit mentionné dans un rapport médical du 28 septembre 2005. Cette indication ne suffit cependant pas pour s'écarter du constat fait à cet égard par le médecin d'arrondissement en 2010. Celui-ci est, en effet, corroboré par ceux des Drs G \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, qui concluent également - en 2009, respectivement en 2011 - à l'absence d'un déficit neurologique. Les observations faites par le Dr C \_\_\_\_\_ ne sont ainsi pas de nature à mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement, en particulier l'absence de lésions objectivables.

## **E. 5**

Au vu de l'absence de lésions objectivables, se pose encore la question de savoir si le lien de causalité peut néanmoins être admis selon les critères dégagés par la jurisprudence. Compte tenu des circonstances de l'accident du 12 octobre 2009 et du fait qu'il y a lieu de faire abstraction de la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 117 V 359 consid. 6a; 115 V 133 consid. 6), l'accident précité doit être classé dans la catégorie des

accidents de gravité moyenne, à la limite de l'accident de peu de gravité. En effet, de simples collisions avec un véhicule à l'arrêt (devant un passage à piétons ou un feu rouge) sont classées, en règle générale, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (ATF np U 471/2006 du 5 novembre 2007, consid. 5.3; RAMA 2005 U 549 p. 236, U 380/04, 2003 no U 489 p. 357, U 193/01). L'accident s'est déroulé à faible vitesse, à savoir entre 10 et 15 km/h, provoquant des dégâts peu importants aux véhicules impliqués (frais de réparation estimés à 2'791 fr. 05 HT, respectivement 2'350 fr.). L'accident n'a pas eu un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique, ce que le recourant ne soutient d'ailleurs pas. En ce qui concerne les critères objectifs déterminants, le recourant reconnaît que le traitement médical n'a pas été anormalement long et ne soutient pas qu'il aurait été particulièrement pénible. Il relève toutefois qu'il est toujours sous antalgiques. Dans le questionnaire de l'assurance du 1<sup>er</sup> décembre 2009, le recourant a coché les cases indiquant des céphalées, des douleurs de la nuque, des vertiges et la perte de vision, comme étant apparues immédiatement après l'accident et indiqué que des nausées, des vomissements et des troubles du sommeil étaient apparus dans les heures suivantes. Lors de l'hospitalisation à la Clinique de Montana, il n'est plus fait état de céphalées, de vertiges ou autres troubles mentionnés directement après l'accident. Seules demeuraient la récurrence de cervicalgies et, surtout, les douleurs lombaires (rapport de la Dresse J \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2010). Pendant le séjour à ladite Clinique, le traitement aux antalgiques avait pu être complètement arrêté et l'assuré n'avait demandé du Dafalgan que rarement (rapport du 2 mars 2010). La Dresse E \_\_\_\_\_ a indiqué en juin 2010 qu'il y avait une amélioration partielle et que le traitement comportait des médicaments et de la physiothérapie. Le 30 août 2010, elle a mentionné que le traitement consistait en des séances de physiothérapie et des exercices é domicile. La capacité de travail était "probablement" de 50%. Les autres pièces médicales ne font pas état d'un autre traitement que ceux médicamenteux, voire physiothérapeutique. Partant, il ne peut être retenu que le traitement subi par l'intéressé recèlerait le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.3). En outre, le critère jurisprudentiel de l'intensité des douleurs n'est pas réalisé non plus. Le recourant allègue, certes, des douleurs à la nuque et au dos et le Dr C \_\_\_\_\_ expose qu'il prend volontiers une position avec la tête penchée en avant, manifestement pour éviter des douleurs. On ne saurait toutefois déduire de ces éléments que les douleurs subies par l'intéressé revêtent l'intensité exigée par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). Aucune erreur dans le traitement médical n'est alléguée. Les rédacteurs de l'expertise biomécanique ont mis en doute l'utilité et les bienfaits du port d'une minerve qui a été conseillée au recourant. Ils exposent que le port d'une minerve n'est pas nécessairement utile à la guérison et peut même avoir une influence négative sur celle-ci. Cela étant, les rapports médicaux au dossier ne font plus mention de la minerve, qui semble avoir été abandonnée. Par ailleurs, il ne découle pas de la seule hypothèse évoquée par les rédacteurs de l'expertise biomécanique que le port de la minerve aurait aggravé de manière importante ("erheblich verschlimmert") les suites de l'accident, comme le requiert la jurisprudence. Ce critère fait donc également défaut. Par ailleurs, aucune difficulté particulière n'est apparue au cours de la guérison ni aucune complication. S'agissant du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur l'importance de celle-ci, que l'assuré ne parvient pas à surmonter malgré les efforts reconnaissables qu'il a déployés pour travailler. La Dresse E \_\_\_\_\_ a estimé la capacité de travail de son patient, le 30 août 2010, à 50%; la Dresse D \_\_\_\_\_ a continué à attester d'une incapacité totale. L'assuré indique dans son

complément de recours que ces deux médecins ont finalement préconisé une reprise de travail, à partir du 1<sup>er</sup> février 2011, à raison de deux à trois heures par jour, puis dès le 18 avril 2011, de quatre à cinq heures par jour. Il a précisé avoir repris son travail à raison de 30%, puis de 50%. Au vu de l'incapacité de travail de 40% liée aux accidents de 2005 et 2007, la reprise de l'activité professionnelle à raison de "quatre à cinq heures" permet de conclure que la capacité de travail du recourant est, depuis le 18 avril 2011, identique à celle qui existait avant l'accident de 2009. L'incapacité de travail du recourant a ainsi, dans les faits, duré 15 mois (reprise partielle), voire 18 mois (reprise totale exigible). Il n'apparaît cependant pas que le recourant ait tenté, avant la reprise préconisée par ses médecins en 2011, de reprendre son activité, alors qu'en été 2010 déjà la Dresse E\_\_\_\_\_ évoquait la possibilité d'une reprise. Le recourant mentionne uniquement les efforts reconnaissables qu'il a déployés après l'accident de 2005 pour reprendre son activité antérieure, dûment aménagée à ses problèmes de santé. Il n'allègue toutefois pas avoir entrepris un quelconque essai de reprise avant février 2011, alors qu'il reconnaît à son employeur une attitude compréhensive et souple à son égard. Quoi qu'il en soit, même si l'on devait retenir que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail est rempli, il s'agirait du seul critère réalisé sur l'ensemble de ceux évoqués par la jurisprudence. Il ne revêt, toutefois, pas une intensité telle qu'il suffise à rendre vraisemblable de manière prépondérante le lien de causalité adéquate, ce d'autant moins que l'accident de 2009 se trouve à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne. En conclusion, l'intimé était en droit de retenir qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2010, le statu quo sine était atteint au degré de la vraisemblance prépondérante. Le recours doit donc être rejeté.

#### **E. 6**

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu d'émolument. \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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