

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3368/2010

ATAS/717/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mai 2012

3ème Chambre

En la cause

Monsieur Y_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître AJMI Ridha

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS (SUVA), sise avenue de la Gare 1, case postale
489, 1001 Lausanne

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur Y_____, né en 1962, au bénéfice depuis le 25 février 2008 de l'indemnité journalière de l'assurance chômage, était assuré à ce titre auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA) lorsque, le 7 juillet 2008, il a été heurté par une voiture qui venait de quitter une cour intérieure. L'assuré a été transporté aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), où le diagnostic principal d'hémorragie sous arachnoïdienne traumatique a été posé. Les examens n'ont en revanche montré ni hémorragie intracrânienne ni fracture du crâne ou de la colonne cervicale. Après vingt-quatre heures en observation, l'assuré a regagné son domicile.
2. Le 6 août 2008, le Dr A_____ a fait état d'une bonne évolution, sans dommage permanent à craindre.
3. Du 27 au 29 octobre 2008, l'assuré a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) où il a fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire qui a conclu à un traumatisme crânio-cérébral (TCC) et à une aptitude au travail de 100% à compter du 1er décembre 2008, date à laquelle l'assuré s'est à nouveau annoncé à l'assurance-chômage.

Les examens ont été menés avec l'aide d'un interprète somalien, étant précisé que l'assuré s'exprimait dans un français compréhensible mais sommaire, avec un répertoire sémantique étroit.

Au moment de l'examen, les céphalées se limitaient à l'hémicrâne gauche, variant en intensité, pouvant s'exacerber - surtout lors d'efforts de concentration.

Sur le plan physique, l'examen a été qualifié de "rassurant". Aucune séquelle physique de l'accident n'a été détectée (ni épargne, ni limitation de l'appareil locomoteur). L'examen neurologique spécialisé a exclu tout signe d'hypertension intracrânienne ou de lésions encéphaliques focales et n'a permis de retenir aucun indice d'altération cognitive attentionnelle, mnésique ou exécutive. L'évaluation des capacités fonctionnelles a conduit à un score de 180 donnant à penser que l'assuré pourrait atteindre un niveau d'effort très élevé. Les médecins ayant cependant constaté que l'assuré avait tendance à surestimer quelque peu ses aptitudes, ils ont conclu à un niveau d'effort léger à moyen, suffisant pour permettre à l'assuré d'exercer sans restriction son activité d'aide de cuisine.

Quant à l'évaluation psychiatrique, elle a été qualifiée "de pure routine", l'assuré n'ayant à aucun moment donné l'impression d'une souffrance psychique. L'examen psychiatrique s'est d'ailleurs révélé dans les normes et n'a permis de retenir aucun diagnostic dans ce registre.

4. L'assuré a annoncé une nouvelle incapacité de travail à compter du 11 novembre 2009. Il a invoqué des douleurs subsistant au niveau de la tête et de l'épaule droite et ajouté qu'il était toujours très affecté moralement.
5. Dans un bref rapport médical établi le 21 décembre 2009, le Dr A _____, médecin-traitant, a indiqué avoir "constaté" des céphalées et des vertiges. Il a conclu à une totale incapacité de travail du 13 août au 1er décembre 2008, date à laquelle il a indiqué que la reprise du travail était effectuée à plein temps.
6. Un examen neurologique pratiqué le 12 mars 2010 par le Dr B _____, spécialiste FMH en neurologie, s'est révélé normal. Le médecin a dit ne pas trouver d'explication neurologique aux céphalées alléguées par l'assuré.
7. Dans un nouveau bref rapport médical intermédiaire du 27 mai 2010, le Dr A _____ n'a pas fait état d'une incapacité de travail et mais a en revanche mentionné une bonne évolution et un bon état de santé du patient.
8. Une évaluation psychiatrique pratiquée le 16 juin 2010 par le Dr C _____, psychiatre FMH, n'a pas permis de mettre en évidence d'éléments en faveur d'un trouble psychique.

Sur le plan symptomatique, les constats objectifs de l'expert se sont limités à la présence d'une forte composante d'inhibition, avec asthénie et fatigue. Il n'a en revanche relevé ni trouble de l'humeur ni trouble anxieux justifiant la pose d'un diagnostic séparé.

Le Dr C _____ a souligné un facteur contextuel important, avec des incertitudes sur l'avenir de l'assuré, facteurs non médicaux pouvant expliquer une évolution plutôt négative.

9. Le même jour, l'assuré a également été vu par le médecin d'arrondissement, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a observé une gestuelle bien conservée, une démarche sans problème, un bon état général, l'absence de déficit sensitivomoteur et, sur l'IRM pratiquée le 8 juillet 2008, l'absence de lésion cervicale fracturaire mais l'existence, en revanche, d'une ébauche ostéophytaire intérieure étagée en C5-C6.

Le médecin a conclu à un léger syndrome cervical avec quelques douleurs scapulaires droites sans répercussion sur la fonction active de l'épaule. Il a indiqué que le syndrome cervico-occipital observé pouvait s'expliquer par la probable évolution d'une légère arthrose cervicale déjà présente en 2008 et n'entraînant pas à elle seule d'incapacité de travail dans l'activité d'aide cuisinier, par exemple. Le médecin a ajouté qu'il s'agissait là d'une pathologie indépendante de l'accident, que ce dernier avait tout au plus pu décompenser très passagèrement.

Le Dr D_____ a souligné la normalité des évaluations neurologiques, lesquelles ont permis d'exclure, sur le plan structurel, l'existence de séquelles invalidantes du TCC.

En définitive, sur le plan strictement somatique, il n'a retenu aucune séquelle susceptible d'empêcher l'assuré de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans la dernière occupation exercée.

10. Le 30 juin 2010, la SUVA a rendu une décision par laquelle elle a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 11 juillet 2010.

11. Le 2 août 2010, l'assuré s'est opposé à cette décision.

Par décision sur opposition du 1^{er} septembre 2010, la SUVA a confirmé sa décision précédente en se référant aux conclusions de la CRR et, s'agissant de la rechute annoncée, aux conclusions des Drs D_____ et C_____.

L'assuré lui ayant fait grief de ne pas lui avoir proposé l'assistance d'un interprète somalien lors des examens pratiqués par ces médecins, la SUVA y a répondu en faisant remarquer qu'il vivait en Suisse depuis 1998 et que, d'après son curriculum vitae, ses connaissances linguistiques étaient bonnes. Elle a ajouté qu'il n'avait pas demandé à être assisté d'un interprète lorsqu'il avait reçu la convocation aux examens, lesquels n'avaient quoi qu'il en soit fait que confirmer les constatations de la CRR en 2008.

La SUVA a ajouté qu'en tout état de cause, la question de l'existence de troubles psychiques pouvait rester ouverte dès lors que l'existence d'un lien de causalité adéquate devrait être niée, les critères posés par la jurisprudence pour l'admettre en cas d'accident de gravité moyenne n'étant pas remplis.

12. Par écriture du 4 octobre 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales -alors compétent- en concluant d'une part à ce que soient mises sur pied de nouvelles expertises médicales en la présence d'un interprète de langue somalienne, d'autre part en faisant valoir que l'existence d'un lien de causalité entre ses troubles et l'accident devrait être admise.

13. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 2 novembre 2010, a conclu au rejet du recours se référant aux arguments développés dans sa décision sur opposition.

L'intimée fait remarquer que le recourant ne fait valoir aucun argument médical susceptible de remettre en cause l'appréciation des médecins.

14. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 29 septembre 2011. Le conseil du recourant a assuré que son mandant maîtrisait très mal le français et qu'il était obligé, pour communiquer avec lui, de parler très lentement, en ajoutant

parfois des mots d'arabe communs avec le somali. Il a ajouté que, dans la culture du recourant, il est fréquent de répondre automatiquement à la question de savoir si l'on va bien : « très bien, Dieu merci », ce qui a pu induire les médecins en erreur.

S'agissant de l'accident, le recourant a expliqué qu'il traversait la rue lorsqu'il a été renversé par une voiture. C'est du moins ce qu'on lui a expliqué le lendemain matin, à son réveil à l'hôpital. Il n'a pour sa part pas vu le véhicule arriver.

Le recourant a dit souffrir toujours de douleurs au niveau du crâne et de l'épaule droite, mais avoir préféré retourner travailler en prenant des antidouleurs pour ne pas rester seul chez lui. Le chômage lui a alors trouvé un poste d'aide-cuisinier, qu'il a pu occuper durant cinq mois. C'est son conseiller qui, voyant qu'il devait véritablement faire un effort pour travailler, lui a conseillé de s'adresser à la SUVA.

L'intimée a fait remarquer que, sur le plan physique, les examens auprès de la CRR n'avaient mis en évidence qu'une légère arthrose. Si les investigations sur le plan psychique n'ont pas été approfondies c'est non seulement parce qu'il ne semblait pas y avoir d'atteinte à ce niveau mais encore parce qu'au vu des circonstances de l'accident, l'existence d'un lien de causalité adéquate devrait de toute manière être niée.

15. Le 30 septembre 2011, le recourant a produit une décision de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) niant son droit à une allocation pour impotent.
16. Interrogé par la Cour de céans, le recourant a indiqué n'avoir pas encore déposé de demande de rente d'invalidité.
17. Une nouvelle audience s'est tenue en date du 10 novembre 2011 à laquelle devait comparaître le Dr A_____, lequel ne s'est pas présenté. Vérification faite auprès de la Permanence, il s'est avéré qu'il était absent depuis plusieurs semaines et qu'il ne relevait pas son courrier, de sorte qu'il a été renoncé à son audition et que la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le

Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont se prévaut le recourant lui ouvrent droit aux prestations d'assurance de la SUVA au titre de l'accident dont l'intéressé a été victime le 7 juillet 2008.
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références). Par ailleurs, en cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (cf. arrêt du 17 mai 2002 [U 293/01; consid. 1] résumé dans REAS 2002 p. 307).

Il y a causalité naturelle 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 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

5. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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. 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 et les références).

Ainsi, 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils 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. Le simple fait qu'un médecin 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

6. En l'espèce, sur le plan physique, force est de constater que l'examen neurologique pratiqué le 12 mars 2010 par le Dr B_____, s'est révélé normal, tout comme celui précédemment pratiqué par la CRR. Le médecin traitant lui-même, dont le

recourant se prévaut pourtant, a conclu en date du 21 décembre 2009 - soit postérieurement à la rechute annoncée par l'assuré en novembre 2009 - à une reprise du travail, qu'il a confirmée par la suite, le 27 mai 2010, date à laquelle il a même qualifié l'état de santé de l'assuré de « bon ». Force est de constater que le recourant n'avance aucun argument objectif permettant de mettre en cause les conclusions des Drs B_____, D_____ et C_____, conclusions dont il convient de rappeler qu'elles corroborent celles de la CRR. Le seul grief du recourant est finalement de n'avoir pu bénéficier de l'aide d'un interprète somalien. On rappellera cependant qu'il revient à l'expert d'apprécier l'opportunité d'avoir recours à un interprète. Quoi qu'il en soit, l'absence d'un interprète ne peut avoir joué grand rôle lors de l'examen neurologique du Dr B_____ puisque celui-ci a essentiellement consisté à examiner cliniquement l'assuré et à interpréter les clichés disponibles. Les mêmes remarques s'imposent s'agissant de l'examen du Dr D_____. La question est plus délicate s'agissant de l'examen psychiatrique du Dr C_____, qui a admis que l'entretien avait été rendu difficile tant par la mauvaise compréhension de la langue que les difficultés d'expression de l'assuré mais la question de savoir si l'absence d'interprète a eu des conséquences ou non peut rester ouverte dès lors que même si l'on admettait l'existence de troubles psychiques - ce qui apparait au demeurant fort douteux au vu des divers avis médicaux versés au dossier - l'existence d'un lien de causalité adéquate avec l'accident devrait en tous les cas être niée.

En effet, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Il convient tout d'abord de distinguer 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 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

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 : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; 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; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques 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 due aux lésions physiques. 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 puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-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 psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

En l'occurrence, il y a lieu d'admettre que l'accident - une collision à faible vitesse entre un piéton et une automobile - doit être qualifié de gravité moyenne. Or, les critères rappelés ci-dessus ne sont manifestement pas remplis dans la mesure où cet accident n'a pas été entouré de circonstances dramatiques ni impressionnantes - l'assuré n'a pas vu le véhicule arriver -, qu'il n'a entraîné aucune lésion grave, que le traitement des lésions s'est très vite limité à la prise d'antalgiques et à la mise en œuvre de quelques séances de physiothérapie, qu'aucune erreur ou complication importante dans le traitement n'est à déplorer et qu'avant l'annonce de sa rechute l'assuré avait recouvré pendant près d'une année une capacité de travail entière.

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations faute de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles allégués par l'assuré. Le recours est donc rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le