REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4533/2006 **ATAS/704/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 5 juin 2007

En la cause

Monsieur B_____, domicilié VESENAZ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETROZ Pascal	recourant
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine KOEPPEL, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né le 1956. a travaillé comme manœuvre auprès de l'entreprise X_____SA à Genève dès le 15 octobre 2000. Il était à ce titre assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA).

2. L'assuré a été victime d'un accident de la circulation le 3 février 2001. La voiture dans laquelle il avait pris place en tant que passager a été violemment projetée vers l'avant alors qu'elle était arrêtée et a percuté le véhicule se trouvant devant elle.

3. Dans un rapport du 10 mai 2001, le Dr A_____ de la Permanence de Cornavin, consulté le lendemain de l'accident, a posé le diagnostic de traumatisme cervical de type "whiplash". Une tentative de reprise de travail à 50% le 28 mai 2001 a échoué.

4. Le Dr B_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a dans un premier temps, soit en mars 2002, émis un pronostic défavorable sur le cas. En juillet 2002, il a cependant déclaré que la persistance après un an de la symptomatologie douloureuse ne devait plus être considérée comme une conséquence de l'accident, puisqu'aucune lésion squelettique n'avait été mise en évidence.

5. Par décision du 12 juillet 2002, confirmée sur opposition le 27 mai 2003, la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations au 31 juillet 2002.

6. Par arrêt du 21 septembre 2004, le Tribunal de céans, constatant que, selon les avis médicaux figurant au dossier, à l'exception de celui du médecin traitant, il n'y avait plus au-delà du 31 juillet 2002 de lien de causalité entre l'accident et les troubles physiques dont se plaignait l'assuré et que, selon le rapport du Dr C_____ du 26 juillet 2002, l'assuré ne présentait aucune lésion post-traumatique clairement objectivable, en a conclu que seules des raisons psychiques, sans rapport avec l'événement accidentel lui-même, impliquait que l'intéressé n'avait pas retrouvé sa pleine capacité de travail, et a rejeté le recours.

7. L'assuré ayant déposé un recours de droit administratif auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA), celui-ci a rendu un arrêt le 27 octobre 2005. Le TFA a admis le recours, en ce sens qu'il a renvoyé la cause à la SUVA afin qu'elle procède à une instruction complémentaire notamment sous la forme d'une expertise psychiatrique, et rende une nouvelle décision. Il a indiqué que l'expert devra poser un diagnostic précis sur la nature des troubles présentés par le recourant, dire si ceux-ci se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident et se prononcer ensuite sur la capacité de travail. Le TFA a en effet considéré que les observations des Drs D_____ et E_____ sur lesquelles se fondent tant la SUVA que le Tribunal cantonal, apparaissaient insuffisantes pour justifier à elles seules la

suppression du droit du recourant aux indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical. Il s'étonne à cet égard que le Dr B_____ ait pu déclarer qu'il n'existait plus d'éléments compatibles avec un syndrome après traumatisme ce à peine quatre mois après avoir retenu un tel syndrome. S'agissant des observations du Dr E_____, il relève que ce médecin se contente de poser un diagnostic psychiatrique "per exclusionem". Il a ainsi jugé qu'il n'était pas possible de savoir si les affections qui subsistent encore chez l'assuré ressortissent spécifiquement au tableau clinique du traumatisme cervical du type "coup du lapin" ou constituent une atteinte à la santé (secondaire) indépendante.

8. Suivant en cela les instructions du TFA, la SUVA a confié au Centre multidisciplinaire de la douleur à Nyon un mandat d'expertise. Les Drs. F_____, spécialiste FMH en neurologie et. G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont réalisé un rapport le 27 juin 2006.

   L'assuré a déclaré aux experts souffrir, dans les suites immédiates de l'accident de 2001, de maux de tête, de douleurs de la nuque, des épaules et des membres supérieurs, de vertiges aux mouvements latéraux de la tête, de nervosité et d'irritabilité. Il a indiqué que ce tableau subjectif avait eu tendance à s'aggraver malgré la période d'arrêts de travail de plusieurs mois et les traitements prescrits.

   Sur le plan neurologique, les experts ont constaté que l'assuré ne présentait actuellement aucune anomalie. Seules ont été mises en évidences des contractures musculaires diffuses intéressant le scalp, la région cervico-dorsale et la ceinture scapulaire, mais pas d'anomalie traduisant un syndrome radiculaire ou des lésions osseuses significatives sous-jacents. Ils ont relevé que le fait que la symptomatologie soit restée stable dans un premier temps, pour augmenter environ un mois plus tard (asthénie, labilité émotionnelle et troubles de la concentration), n'était pas compatible avec une lésion cervicale ou le cadre d'un traumatisme crânio-cérébral. Ce n'est pas la présentation habituelle des suites d'un traumatisme où la symptomatologie devrait normalement s'améliorer lentement. Ils en ont conclu que des éléments secondaires s'étaient développés engendrant une accentuation du tableau douloureux et qu'il n'existait actuellement aucune relation de causalité naturelle avec l'accident du 5 février 2001.

   Sur le plan psychique, ils ont posé le diagnostic de syndrome anxio-dépressif avec des manifestations surtout subjectives et quelques signes objectifs (tension musculaire). Selon eux, les troubles psychiques actuels, qui sont légers, ne sont pas en relation de causalité avec l'accident de février 2001, celui-ci ayant pu entraîner un syndrome post-commotionnel pendant une période de six à dix-huit mois. Au-delà de ce délai, la persistance des plaintes est à mettre sur le compte du contexte particulier: pas d'activité professionnelle pendant près de dix ans, mauvaise intégration dans le pays d'accueil et bénéfices "secondaire" sociaux et financiers.

9. Par décision du 13 septembre 2006, la SUVA a, sur la base de ladite expertise, confirmé la suppression du droit de l'assuré à ses prestations à compter du 31 juillet 2002.

10. Par décision du 2 novembre 2006, elle a rejeté l'opposition formée par l'assuré, niant l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles dont souffre l'assuré et l'accident survenu le 3 février 2001.

11. L'assuré, représenté par Maître Pascal PETROZ, a interjeté recours le 4 décembre 2006 contre ladite décision. Il relève que l'expertise du 27 juin 2006 sur laquelle se fonde la SUVA, fait uniquement état de sa situation médicale actuelle, alors que l'objet du litige porte sur le droit à des prestations au-delà du 12 juillet 2002. Il se réfère dès lors au rapport établi par le Centre multidisciplinaire de "établissement hospitalier" le 2 octobre 2002, selon lequel il présentait à l'époque "des cervicalgies diffuses secondaires à l'accident de "whiplash" survenu le 3 février 2001 entrainant une incapacité de travail persistante, un retrait social, une réaction dépressive, des troubles du sommeil, une irritabilité, des difficultés de concentration. La persistance de ces cervicalgies génère également chez *l'assuré* un déconditionnement musculo-articulaire probable pouvant causer une persistance de la douleur cervicale et des limitations fonctionnelles".

    L'assuré rappelle que selon le TFA, les différents rapports du Dr B_____ se contredisent. Ce médecin a en effet retenu à peine quatre mois après son diagnostic reconnaissant le lien de causalité entre l'état de santé et l'accident, qu'il n'existait plus d'élément compatible avec un syndrome du "coup du lapin".

    Il reproche à la SUVA de n'avoir pas tenu compte du fait qu'il souffrait de contractures musculaires diffuses intéressant le scalp, la région cervico-dorsale et la ceinture scapulaire, lesquelles ont été relevées par les experts dans leur rapport du 27 juin 2006. Il s'étonne par ailleurs de ce que ceux-ci, bien que conscients qu'il était "difficile de disséquer la problématique de l'assuré avec précision", ont néanmoins répondu précisément aux questions posées par la SUVA.

    Il conclut dès lors à ce que soit ordonnée une expertise médicale qui devrait être réalisée par le Centre multidisciplinaire de "établissement hospitalier", à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de prestations d'assurance dès le 1er août 2002.

12. Dans sa réponse du 31 janvier 2007, la SUVA observe que l'expertise du 27 juin 2006 revêt une pleine valeur probante et conclut au rejet du recours.

13. Par arrêt du 24 mai 2007, la 4ème Chambre du Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision de l'OCAI, lequel a retenu un degré d'invalidité de 16%, insuffisant pour justifier le droit à une rente d'invalidité (cause A/2069/06).

EN DROIT

1. 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-accident du 20 mars 1981.

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Déposé dans les forme et délai prévus, le recours est recevable (art. 106 LAA).

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Le présent recours concernant le droit à des prestations au-delà du 31 juillet 2002, le cas d'espèce reste régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

4. Il y a préalablement lieu de constater qu'un degré d'invalidité de 16 % a été retenu par l'Office cantonal AI, confirmé par le Tribunal de céans le 24 mai 2007. Aussi convient-il de rappeler ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

5. L'objet du litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de la SUVA au-delà du 31 juillet 2002, en raison de l'accident du 3 février 2001.

6. 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 de la causalité naturelle 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, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

   En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» sans preuve d'un déficit fonctionnel, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être admise en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, etc.), lorsque ces symptômes ne sont apparus qu'après l'accident et qu'ils ne peuvent être expliqués, au degré de la vraisemblance prépondérante, par d'autres facteurs non accidentels. Encore faut-

il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (cf. ATF 119 V 337 sv. consid. 1, 117 V 360 consid. 4b et les références citées ; Arrêt du TFA du 30 juin 2004, U 118/03). Il faut que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé et que celle-ci apparaisse, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ; Arrêt du TFA du 28 décembre 2004, U 127/03).

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; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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 le 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; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Toutefois, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA; on se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions.

7. S'agissant de la question de l'appréciation des preuves, le juge peut accorder une 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 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 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 d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérées comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'objectivité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références citées).

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 353 consid. 3b/bb et cc).

8. Il y a préalablement lieu de déterminer si ou non l'assuré a subi le 3 février 2001 un traumatisme par accélération / décélération de type "coup du lapin". Il résulte du rapport établi par le Dr B_____ en mars 2002 qu'il s'agissait bien d'un tel traumatisme. Dans son rapport du 4 juillet 2002, en revanche, ce médecin constatait que la symptomatologie douloureuse résiduelle était marquée par des douleurs cervicales, lesquelles avaient empêché la reprise d'une activité lucrative, mais que les autres éléments constitutifs d'un syndrome après traumatisme par accélération / décélération n'étaient pas présents.

   Selon l'expertise du 27 juin 2006, "il est fort probable que l'assuré ait présenté une entorse cervicale et peut-être un discret traumatisme crânio-cérébral de très brève durée." Il ressort au surplus de ce rapport que sur le plan neurologique, la présentation "en deux temps" des troubles présentés par l'assuré plaiderait en faveur du développement d'éléments secondaires et partant, à la conclusion qu'il n'y a pas de relation de causalité naturelle avec l'accident de 2001. De même en est-il s'agissant des troubles psychiques, qualifiés de légers, six à dix-huit mois après l'accident, soit à partir d'août 2002.

9. L'assuré considère que les conclusions de ce rapport ne peuvent être retenues, dans la mesure où elles ne portent que sur la situation actuelle.

   Il est vrai que les experts nient l'existence d'un lien de causalité "actuellement" sur le plan neurologique et parlent de "troubles psychiques actuels". Il y a toutefois lieu de relever qu'ils déclarent également que les troubles psychiques légers ont pu entraîner un syndrome post-commotionnel pendant une période de six à dix-huit mois seulement et que c'est au-delà de ce délai, soit dès août 2002, qu'il n'y a plus de relation de causalité naturelle.

   L'assuré relève également que les experts se contredisent lorsqu'ils font état, d'une part, de la difficulté à disséquer la problématique du cas de l'assuré, mais que d'autre part, ils n'hésitent pas à répondre précisément aux questions qui leur ont été posées.

10. Le Tribunal de céans, dans son précédent arrêt, avait quoi qu'il en soit considéré que des troubles psychiques prédominaient par rapport à des lésions liées le cas échéant à un traumatisme de type "coup du lapin" et avait dès lors nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'accident dont avait été victime l'assuré.

    Le TFA a cependant renvoyé la cause à l'intimée afin qu'il soit davantage investigué sur l'existence de troubles psychiques. Il a ainsi considéré qu'il n'était pas possible de déterminer, sans instruction complémentaire, si les affections qui subsistent

encore chez l'assuré ressortissent spécifiquement au tableau clinique du traumatisme cervical de type "coup du lapin" ou constituent une atteinte à la santé - secondaire - indépendante. Les experts ont par ailleurs relevé l'existence de contractures musculaires diffuses, sans toutefois plus en faire état dans leurs conclusions.

11. Force est de constater que les conclusions du rapport ne permettent pas de répondre à la question posée par le TFA. Elles ne disent en particulier pas quels sont précisément les troubles psychiques dont souffre l'assuré, se contentant de les qualifier de légers et de conclure qu'ils ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident survenu en 2001.

    A noter au surplus que l'instruction complémentaire demandée par le TFA ne devait pas nécessairement se limiter à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique.

    Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours en ce sens que la cause est renvoyée à l'intimée afin qu'elle complète encore son instruction.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement en ce sens que la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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); 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-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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