

# **BGer U\_135/2004 vom 23. September 2005**

Bundesgericht, 2005-09-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_U\\_135\\_2004](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_U_135_2004)

FR: TF U\_135/2004 du 23 septembre 2005

IT: TF U\_135/2004 del 23 settembre 2005

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l' art. 143 al. 3 OJ , un échange ultérieur d'écritures ou des débats n'ont lieu qu'exceptionnellement.

En l'espèce, l'échange d'écritures s'est terminé au mois d'août 2004. Le Tribunal fédéral des assurances n'ayant pas ordonné un deuxième échange d'écritures, il n'y a donc pas lieu de prendre en considération le mémoire du recourant du 22 avril 2005.

### **E. 2**

La situation doit être appréciée différemment s'agissant des pièces.

En ce qui concerne les rapports médicaux contemporains à l'accident, ils doivent être écartés au motif qu'il incombait au requérant de les produire à temps, soit avec sa demande de révision.

Pour ce qui est des documents postérieurs à la demande de révision, il y a lieu de procéder à une appréciation de la situation à la lumière de la jurisprudence ( ATF 127 V 353 ), applicable par analogie. Cet arrêt, pose le principe général que l'on ne peut produire de nouvelles pièces après l'échéance du délai de recours, sauf dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures. Il réserve toutefois le cas où de telles pièces constituent des faits nouveaux importants ou des preuves concluantes au sens de l' art. 137 let. b OJ pouvant justifier la révision de l'arrêt du tribunal ( ATF 127 V 357 consid. 4). Par application de cette jurisprudence, il y a lieu d'examiner si les pièces datées de 2004 et 2005, déposées avec l'écriture du 22 avril 2005, apportent des éléments de preuve véritablement nouveaux par rapport à celles produites en avril 2004, susceptibles, à elles seules ou en conjonction avec les pièces déposées en avril 2004, de justifier la révision. Cette manière de faire revient en quelque sorte à poser la question de la "révision dans la révision".

### **E. 3**

Les critiques adressées aux médecins de la CNA au sujet de leur rapport du 9 août 2004 émanent essentiellement du docteur C.\_\_\_\_\_ (rapports des 31 mars et 13 avril 2005 dénommés «Avis médico-techniques ») lequel s'appuie sur les avis des autres médecins énumérés dans l'état de fait sous let. B.b.

Ainsi que cela ressort des nouvelles observations des médecins de la CNA (rapport du 18 juillet 2005), le docteur C.\_\_\_\_\_ cite les avis de ses confrères dont il épouse les thèses, sans se prononcer de manière concrète sur le mécanisme de l'accident. Dans son premier rapport, il explique que le requérant a subi une lésion cérébrale due à une hypoxie, tandis que dans sa deuxième appréciation, il fait état d'un traumatisme facial et crânio-cérébral sans dire quelle hypothèse il privilégie. Plus spécifiquement, il attribue la prétendue lésion cérébrale à des circonstances dont les médecins de la CNA contestent, à l'appui de

nombreuses citations et références, qu'elles aient pu avoir les effets allégués. Par ailleurs, à l'instar des médecins qu'il cite, il n'émet nulle part un diagnostic précis de traumatisme crânien. En particulier, ni la lésion myélo-cervicale modérée bilatérale chronique C7-C8 mise en évidence par une électromyographie du docteur V. \_\_\_\_\_ le 30 juillet 2004, ni l'hypertrophie arthrosique isolée du massif articulaire gauche de C6-C7 apparaissant sur le CT-Scan du docteur S. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2005 ne permettent de conclure à l'existence d'un traumatisme crânien le 8 octobre 1999. En ce qui concerne la première atteinte, le docteur T. \_\_\_\_\_ se contente de dire qu'elle est compatible avec les conséquences de l'événement traumatique assuré. Quant à la deuxième lésion, le docteur S. \_\_\_\_\_ indique qu'elle doit être considérée, faute d'autre atteinte dégénérative du rachis cervical, dans l'ancien contexte traumatique. Aucun des médecins concernés n'attribue expressément ces atteintes à un traumatisme crânio-cérébral (ou à une lésion cérébrale). De toute manière, les douleurs à la nuque, qui sont survenues chez le requérant seulement huit mois et demi après l'accident, ne sauraient être mises à quelque titre que ce soit en relation avec cet événement. Selon les médecins de la CNA et la doctrine médicale, de telles douleurs doivent se produire dans les 48 heures (au plus tard trois jours) pour que l'existence d'un lien de causalité soit admise. Enfin, la lésion myélo-radulaire au niveau D5-D7 mise en lumière par le docteur V. \_\_\_\_\_ le 8 mars 2005 n'est, de l'avis même de ce médecin, que probablement en relation avec les plaintes du patient si bien que le requérant ne saurait rien tirer de cette conclusion.

En ce qui concerne les photos, il y a lieu d'écarter celles qui ont été effectuées en 1999, dès lors qu'elles auraient pu et dû être produites dans la procédure principale voire éventuellement avec la demande de révision. Les photos de 2004, prises isolément, ne permettent de tirer aucune conclusion. Et dans la mesure où l'appréciation du docteur D. \_\_\_\_\_ s'appuie sur une comparaison des photos de décembre 1999 et de 2004, elle ne saurait déjà pour ce motif être prise en considération. Il en va de même du rapport du docteur E. \_\_\_\_\_, qui mentionne une asymétrie faciale de la région orbito-malaire à droite, en se référant des « photos post-traumatiques » dont on ignore la date et le contenu.

Sur le vu de l'ensemble de ces développements, on doit considérer que tant les rapports médicaux que les photos de novembre et décembre 2004 versées au dossier par le requérant en avril 2005 n'apportent pas des éléments de preuve véritablement nouveaux par rapport à ceux produits en avril 2004 qui seraient susceptibles de justifier une nouvelle révision. Il s'ensuit que la Cour de céans n'a pas à en tenir compte et se limitera à l'examen des pièces déposées avec les premières écritures des parties.

#### **E. 4**

Selon l' art. 137 let. b OJ , en corrélation avec l' art. 135 OJ , la demande de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral des assurances est recevable, notamment, lorsque le requérant a connaissance subséquemment de faits nouveaux importants ou trouve des preuves concluantes qu'il n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente. Sont «nouveaux» au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de

la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement ( ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cf. aussi ATF 118 II 205 ).

## **E. 5**

Le requérant soutient que sur la base des photos produites avec son écriture d'avril 2004, il a été atteint à la tête lors de son accident. Suivant l'avis de ses médecins, ces preuves sont susceptibles de justifier une révision de l'arrêt du 23 octobre 2003, dès lors qu'elles viennent contredire la thèse du docteur B.\_\_\_\_\_.

### **E. 5.1**

Dans leur rapport du 9 août 2004, les docteurs B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ se sont exprimés sur les nouvelles pièces du requérant et ont donné leur avis sur la valeur probante des photos (dont l'original de certaines d'entre elles était en leur possession) et sur le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral posé par les médecins cités par le requérant. Ils font remarquer que les photos prises à seize mois d'intervalle ne mettent pas en évidence de modifications significatives, ce d'autant moins que les positions de l'assuré prises respectivement avant et après l'accident (inclinaisons et directions du regard) varient et que des différences peuvent s'expliquer par ces seuls changements. En particulier, la différence de sourcils que l'on a pu observer dans ce laps de temps n'est pas pertinente. Par ailleurs, le fait que les photos montrent une légère énoptalmie de l'oeil droit (enfouissement anormal de l'oeil dans son orbite) n'est ni nouveau, puisqu'il apparaît sur le CT scan orbitaire du 18 octobre 2002, ni contesté. On en saurait en conclure qu'il y a une fracture à l'orbite, qui n'est d'ailleurs pas visible sur ledit CT scan; en réalité cette énoptalmie doit être attribuée à une tout autre cause ainsi qu'il ressort de la discussion finale (cf. consid. 5.2 ci-après).

Les deux médecins de la division de médecine observent aussi que le docteur F.\_\_\_\_\_ reprend simplement sa thèse précédente d'un traumatisme cranio-cérébral sans apporter d'élément nouveau. Ils rappellent que son diagnostic, donné environ une année et demie après l'accident, reposait sur une interprétation plus que discutable des documents médicaux. En particulier, ce médecin prétendait se fonder aussi sur l'avis du docteur O.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, pour poser le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral, ce qui en réalité ne ressortait en aucune manière des constatations et des conclusions de ce médecin.

Revenant ensuite sur les pièces médicales établies à l'époque de l'accident, les médecins de la CNA rappellent que le requérant a été séjourné au total cinq semaines aux Hôpitaux universitaires Z.\_\_\_\_\_ et à l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, sans émettre aucune plainte en relation avec une contusion cérébrale ou une commotion cérébrale et sans qu'aucun intervenant n'ait constaté la présence de symptômes compatibles avec ce type d'affection. Il n'est ainsi pas vraisemblable que tous les médecins concernés des deux institutions aient pu omettre, pendant 37 jours, de constater que le cerveau du requérant aurait été atteint et qu'il présentait une fracture du plancher de l'orbite, qui est pourtant une blessure spectaculaire. De toute manière, une fracture du plancher orbital (blow out fracture) n'est pas susceptible de se produire par simple choc à la tête, mais bien sous l'effet d'un brusque accroissement de la pression dans l'orbite, ce qui ne ressort pas du déroulement de l'accident. Ultérieurement, ni le médecin traitant, le docteur G.\_\_\_\_\_, ni le docteur U.\_\_\_\_\_, gastro-entérologue, ni le docteur I.\_\_\_\_\_, neurologue, n'ont évoqué un traumatisme crânio-cérébral, bien que ce dernier, en particulier, ait examiné le requérant à plusieurs reprises pour conclure qu'une atteinte neurologique était peu probable (rapport du 2 mars 2000). Par la suite et durant les 57 jours d'hospitalisation de l'assuré à la Clinique de réadaptation H.\_\_\_\_\_ (du 3 avril au 26 mai 2000), il n'a jamais été question d'un traumatisme cérébral. Enfin, l'IRM cérébrale effectuée le 26 juillet 2000 par le docteur P.\_\_\_\_\_, radiologue, n'a pas mis en évidence, selon ce spécialiste, de lésion dans les orbites sur ces coupes larges (rapport du même jour). Quant à la présence d'un kyste arachnoïdien temporal droit, le docteur F.\_\_\_\_\_ avait déjà admis qu'il était sans relation avec le prétendu traumatisme (rapport du 13 septembre 2001).

Après un nouvel examen de l'IRM cérébrale du 26 juillet 2000, les docteurs B.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ confirment le diagnostic du docteur P.\_\_\_\_\_, soit la présence d'une agnésie du lobe temporal et d'un kyste anachroïdien temporal droit, sans que l'on trouve des indices en faveur d'une origine traumatique au kyste (sous forme de saignement ou d'une contusion cervicale). L'accident n'a aggravé en aucune manière le kyste arachnoïdien d'origine congénitale et après l'accident, il n'y pas eu de symptômes de pression (sanguine) à l'intérieur du cerveau, ni de parésies, ni d'épisodes épileptiques. Par ailleurs, la présence, non contestée, d'une énoptalmie de l'oeil droit ne saurait être attribuée au traumatisme, dès lors qu'il n'y a pas de fracture du plancher de l'orbite et que la description de l'évolution du cas n'est pas compatible avec la survenance d'un traumatisme (les parois osseuses et le plancher de l'orbite droite sont plates partout, sans plis ni creux, intactes et sans callosité). Le docteur O.\_\_\_\_\_ avait précisé qu'il n'y avait pas de remaniement osseux (rapport du 24 octobre 2002). Dès lors, le fait que le plancher de l'orbite droite apparaît plus caudal (plus bas) que le gauche est à mettre en relation avec une asymétrie résultant d'une malformation congénitale complexe. L'énoptalmie de l'oeil droit de l'assuré ne résulte pas d'une lésion cervicale, mais doit, tout comme l'agnésie du lobe temporal droit et la formation d'un kyste anachroïdien de moyenne grosseur, être attribuée à une malformation congénitale de l'hémisphère droit du cerveau. On qualifie l'ensemble de cette symptomatologie de syndrome d'agnésie du lobe temporal. Les éléments neuropsychologiques (dont ont fait état les spécialistes de la Clinique de réadaptation H.\_\_\_\_\_) comme le manque d'attention, les difficultés d'apprentissage, l'absence de fluidité verbale, sont conciliables avec ce diagnostic. En conclusion, il n'existe pas d'indices objectifs en faveur d'un traumatisme cervical. Au demeurant, même si le requérant avait subi une commotion cérébrale - hypothèse non réalisée -, le syndrome postcommotionnel qu'il aurait présenté ne jouerait plus de rôle une année et demi plus tard (soit à la date à

laquelle la CNA a supprimé ses prestations).

### **E. 5.2**

Au regard de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, cette appréciation est convaincante. Certes les médecins de la CNA ne se prononcent pas spécifiquement sur le fait que le docteur M. \_\_\_\_\_, neuro-radiologue au Centre hospitalier universitaire X. \_\_\_\_\_, est plus affirmatif dans son appréciation du 13 février 2004 en concluant - sur la base du rapport du docteur O. \_\_\_\_\_ du 24 octobre 2002 auquel d'ailleurs il renvoie et des clichés photographiques produits en procédure de révision - que l'énophtalmie de l'oeil droit et donc la diplopie étaient secondaires à l'accident. Cette appréciation doit toutefois être mise en parallèle avec celle du docteur O. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie (rapport du 2 avril 2004). Celui-ci se contente de déclarer que sur la photo du 3 mai 1998 précédent l'accident, il n'existait aucune asymétrie notable des fentes palpébrales et pas d'impression d'énophtalmie ce qui contrastait avec l'examen effectué en octobre 2002. Ce médecin ajoute cependant qu'une photo datée de février 2000 montre une légère asymétrie des fentes palpébrales, mais admet que le regard est tourné vers la gauche, ce qui peut éventuellement influencer l'ouverture palpébrale. Il existe vraisemblablement une asymétrie entre les deux orbites avec une impression d'énophtalmie droite. Cette conclusion, qui relève d'une double hypothèse (et donc d'une simple possibilité) ne saurait mettre en doute la valeur probante de l'appréciation du 9 août 2004 des médecins de la CNA fondée sur l'ensemble du dossier médical. Il n'apparaît dès lors pas qu'un diagnostic ou une atteinte à la santé du requérant aient été méconnus dans la procédure précédente, si bien que les conditions de la révision ne sont pas réunies.

### **E. 5.3**

A titre subsidiaire, le requérant demande le renvoi de la cause au Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais pour qu'il aménage une expertise pour déterminer le taux d'invalidité définitif qui résulte de l'accident du 8 octobre 1999, ainsi que celui de l'atteinte à l'intégrité. Cette conclusion n'a de sens que si la cour de céans avait suivi le requérant dans sa conclusion principale. Compte tenu du sort de celle-ci, le renvoi à la juridiction cantonale équivaldrait à ordonner la reprise de la procédure en l'absence de faits nouveaux et/ou de nouvelles preuves, ce qui n'est pas conciliable avec les exigences de l'art 137 let. b OJ. Partant, la conclusion subsidiaire est irrecevable.

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