

GE_GERICHTE A/1267/2003 vom 27. April 2004

GE Cour de justice, 2004-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1267_2003

FR: GE_GERICHTE A/1267/2003 du 27 avril 2004

IT: GE_GERICHTE A/1267/2003 del 27 aprile 2004

Regeste

ASSURANCE SOCIALE; ASSURANCE ACCIDENT; ACCIDENT; SUITE D'UN ACCIDENT; CAUSALITE; CAUSALITE ADEQUATE; CAUSALITE NATURELLE; HERNIE DISCALE; LESION DE LA COLONNE VERTEBRALE; COUP DU LAPIN; STATU QUO ANTE; STATU QUO SINE; ASSU | Accident de la circulation : voiture de l'assurée heurtée à l'arrière par un scooter. 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). Une hernie discale peut être considérée comme causée par un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière et que les symptômes de la hernie apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si l'hernie est seulement provoquée par l'accident mais non pas causée par celui-ci, l'assureur doit prendre en charge le symptôme douloureux lié à l'accident jusqu'au rétablissement du statu quo sine ou du statu quo ante. | LAA.6 al.1

Erwägungen

E. 1

Mme D. _____, née le _____ 1959 et domiciliée en France, est assurée selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA - RS 830.20), car elle travaille en Suisse auprès de l'entreprise X _____ S.A., à Carouge.

E. 2

Le 11 mars 2002, Mme D _____ a été, selon ses dires, victime d'un accident de la circulation; un scooter a percuté l'arrière de la voiture qu'elle conduisait. Elle a produit un "constat amiable d'accident automobile" signé d'elle seule. Le 6 juillet 2002, elle a été mise en incapacité de travail totale pour raison de maladie, pour des douleurs présentées depuis le début du mois de juillet. Du 9 au 22 juillet 2002, elle a été admise aux Hôpitaux du Léman (France) pour "une névralgie cervicobrachiale droite associée à une sciatgie de type S1 gauche dont l'imagerie par résonance magnétique a montré l'existence d'une myélopathie cervicarthrosique C5 C6 qui évolue sur un canal rachidien cervical étroit et qui s'accompagne d'un rétrécissement arthrosique du trou de conjugaison C5 C6" (rapport du Dr Richard).

E. 3

Le 29 août 2002, Mme D. _____ a déclaré l'accident à Helsana Assurances S.A. (ci-après : Helsana), assureur-accidents de son employeur. Etait joint à la déclaration un certificat médical du Dr Alain Schmitt, consulté par Mme D _____ le 21 août 2002.

Ce médecin avait diagnostiqué des "douleurs névralgiques cervicobracchiales en rapport avec une myélopathie C5 C6 à mettre en relation avec [l']accident de circulation".

E. 4

Le 11 septembre 2002, le Dr Bruno Franck, de la Clinique du Lac et d'Argonay, à Argonay (France) a opéré Mme D _____ pour une hernie discale cervicale. Dans un certificat du 15 octobre 2002, le Dr Franck a attesté qu'il suivait Mme D _____ depuis le 30 juillet 2002, pour "une névralgie cervico-brachiale d'apparition brutale, survenue à la suite d'un accident de la voie publique avec choc à l'arrière de sa voiture le 11/03/02".

E. 5

Selon le rapport du médecin-conseil de Helsana du 15 novembre 2002, l'action vulnérante n'était pas appropriée pour la hernie discale; le statu quo sine avait été atteint bien avant la première consultation.

E. 6

Par décision du 21 novembre 2002, Helsana a refusé de prendre en charge les coûts engendrés par l'accident du 11 mars 2002. L'action vulnérante n'était pas appropriée pour causer une hernie discale cervicale. Les troubles de santé ayant nécessité une hospitalisation le 2 juillet 2002 n'étaient pas en rapport de causalité, à tout le moins probable, avec l'accident. Mme D _____ devait s'adresser à son assureur maladie.

E. 7

Le 28 novembre 2002, Mme D _____ a formé opposition à l'encontre de la décision de Helsana.

E. 8

Par pli du 4 décembre 2002, GMF Protection juridique - agissant au nom de son assurée, Mme D _____ - a sollicité de Helsana la reconsidération de sa décision, si nécessaire avec l'aide d'une expertise médicale à l'amiable.

E. 9

Le 17 avril 2003, statuant sur opposition, Helsana a confirmé sa décision du 21 novembre 2002. Le rapport médical du Dr Richard, des Hôpitaux du Léman ainsi que le compte rendu opératoire du Dr Franck ne faisaient nulle mention d'un traumatisme causé par l'accident, mais se bornaient à énumérer de nombreuses lésions dégénératives sans rapport avec celui-ci. Il était médicalement exclu qu'un choc puisse être la cause d'un canal rachidien étroit et d'un problème d'arthrose. Une hernie discale était une affection de nature dégénérative; un effort, même violent ne saurait léser un disque intervertébral. Pour qu'un accident puisse être la cause d'une telle hernie, il aurait fallu qu'il soit d'une importance particulière - des douleurs immédiates constituant les symptômes d'une hernie discale accidentelle. Ce n'était pas le cas en l'espèce, Mme D _____ ayant attendu près de quatre mois avant de consulter un médecin. Les lésions étaient antérieures à l'accident, elles n'avaient pas été causées par celui-ci. Les troubles dont souffrait Mme D _____ ne pouvaient entrer dans la catégorie des lésions assimilées à un accident, au sens de l'article 9 alinéa 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OAA - RS 832.202).

E. 10

Par acte du 23 juillet 2003, Mme D_____ a recouru devant le Tribunal administratif contre la décision du 17 avril 2003 de Helsana. Elle requiert le tribunal de céans d'ordonner une expertise médicale, conclut à ce que l'événement du 11 mars 2002 soit qualifié d'accident et à ce qu'Helsana soit condamnée à lui allouer les indemnités auxquelles elle est en droit de prétendre ensuite dudit accident. Aucune expertise médicale n'avait été ordonnée, nonobstant sa demande, Helsana ne s'étant fondée que sur un rapport de son propre médecin-conseil. Mme D_____ n'avait pas été examinée et n'avait pas eu accès au dossier. Le médecin-conseil avait vraisemblablement considéré que les conclusions des autres médecins - dont un qui l'avait opérée - étaient dépourvues de pertinence. Selon les rapports médicaux des Drs Schmitt et Franck, établis respectivement les 21 août et 15 octobre 2002, les lésions subies par la recourante se trouvaient en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

E. 11

Dans ses observations du 23 septembre 2003, Helsana conclut au rejet du recours, reprenant en les complétant les arguments de sa décision du 17 avril 2003. Elle n'était pas légalement tenue de remettre toutes les pièces du dossier en mains de la recourante; tous les documents étaient toutefois à sa disposition. Les données médicales étaient limpides et le diagnostic incontesté. Le médecin-conseil avait pris en considération les deux rapports médicaux; une auscultation ne s'était pas révélée nécessaire. Les deux certificats médicaux des Dr Schmitt et Franck ne fournissaient aucune information sur la causalité adéquate et sur les causes possibles des lésions, mais se contentaient d'envisager l'accident sous son aspect chronologique. Il ne suffisait pas que des douleurs surviennent après un accident pour qu'elles soient en rapport de causalité adéquate avec celui-ci. L'accident avait permis à des lésions antérieures de se manifester : la hernie discale ne saurait avoir été provoquée par le choc du scooter contre la voiture; le canal étroit était un défaut anatomique constitutif; l'arthrose ne se développait pas si promptement après un choc si faible; la myélopathie carthrosique résultait de la compression lente de la moelle cervicale par les protusions ostéophytiques de la discarthrose. Il s'était en outre écoulé un long laps de temps entre l'accident et la première consultation.

E. 12

Le 27 octobre 2003, le Tribunal administratif a ordonné l'appel en cause de la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie de Haute-Savoie (ci-après : la Caisse Primaire), assureur maladie de la recourante.

E. 13

Par courrier du 7 janvier 2004, la Caisse Primaire a fait part au Tribunal administratif de sa position quant au recours de Mme D_____. L'intégralité des prestations versées à la recourante l'avaient été au titre de la maladie. La Caisse primaire s'en rapportait à justice, s'agissant de la nécessité d'ordonner une expertise médicale, ainsi que sur le fond du recours; si l'événement du 11 mars 2003 venait à être qualifié d'accident, Helsana devrait lui verser à due concurrence, les sommes payées à Mme D_____. EN DROIT 1. a. La nouvelle du 14 novembre 2002 - modifiant la loi sur l'organisation judiciaire du 22 décembre 1941 (LOJ - E 2 05) - par laquelle a été créée un tribunal cantonal des assurances sociales, est entrée en vigueur le 1er août 2003. Dès cette date, le Tribunal administratif ne fonctionne plus comme tribunal cantonal des assurances. Cependant, en vertu de l'article 3 de ladite nouvelle, les causes introduites devant le Tribunal administratif avant l'entrée en

vigueur de la nouvelle sont instruites et jugées par cette juridiction. b. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA - RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003. Elle est applicable en l'espèce, car la décision dont recours a été rendue le 17 avril 2003 (ATF 127 V 466 consid. 1 p. 467; 121 V 362 consid. 1b p. 363). Le tribunal de céans est compétent *ratione loci* en vertu de l'article 58 alinéa 2 LPGA. Le recours a été déposé dans le délai de trois mois de l'article 106 LAA. Il est donc recevable. c. L'article 71 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) dispose que l'autorité peut ordonner, d'office ou sur requête, l'appel en cause de tiers dont la situation juridique est susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure; la décision leur devient dans ce cas opposable (al 1); l'appelé en cause peut exercer les droits qui sont conférés aux parties (al 2). En l'espèce, s'il s'avère que l'assureur accidents n'est pas tenu de prendre en charge les frais médicaux, l'assuré devra se tourner vers sa caisse maladie. Pour cette raison, il se justifie d'appeler cette dernière en cause. 2. a. La recourante dispose d'un droit à consulter son propre dossier (art. 47 let. a LPGA); mais ce droit ne fonde pas une obligation pour l'assureur de lui remettre les pièces du dossier. Faute d'avoir déposé une requête auprès de son assureur en ce sens, la recourante ne saurait se prévaloir du fait qu'elle n'a pas eu accès au dossier. b. Dans la présente cause, le tribunal de céans est à même de trancher sur le vu des pièces dont il dispose. Par conséquent, il n'y a pas matière à ordonner une expertise. 3. a. Selon l'article 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. b. L'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelles, mais encore adéquates avec l'événement assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 25 octobre 2002 consid. 2; ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346). L'exigence de 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 196/03 du 11 mars 2004 consid. 2.2.; ATF 129 V 177 consid. 3.1. p. 181; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références citées). 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 apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 245/01 du 9 janvier 2003 consid. 3.1.; ATF 126 V 353 consid. 5c p. 361; 125 V 456 consid. 5a p. 461). c. 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 n°U 142 p. 75, consid. 4b; J.-M. FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). d. Conformément à la jurisprudence, selon l'expérience acquise en matière de médecine des accidents, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances CNA c/G. du 5 février 1999, U 52/98; ATA N. du 2 mars 1999). Ainsi, un traumatisme dorso-lombaire sans lésion osseuse cesse en principe de produire ses effets après plusieurs mois (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances O. du 3 avril 1995, U 194/94; M. du 22 novembre 1993, U 99/93). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin" sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes tels que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/02 du 2 avril 2003 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 2 p. 338). Selon la jurisprudence, une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 149/99 du 7 février 2000 consid. 3 et les références citées). Si la hernie est seulement déclenchée, mais non pas provoquée par l'accident, l'assureur prend en charge le symptôme douloureux lié à l'événement accidentel jusqu'au rétablissement du statu quo sine ou du statu quo ante (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 7/02 du 30 septembre 2002 consid. 5). e. Lorsque la réalité d'un accident et des troubles invoqués est établie et que l'existence d'un rapport de causalité entre cet accident et le dommage apparaît vraisemblable, quoique posant une question médicale difficile, l'administration doit, en règle générale, ordonner une expertise administrative afin d'obtenir l'avis d'un spécialiste en

la matière. En revanche, si la demande de l'assuré paraît dès l'abord manquer de fondement, l'administration peut se contenter de se référer aux conclusions de ses médecins. En cas de recours, c'est au juge qu'il incombera de vérifier s'il dispose des éléments nécessaires pour trancher le litige sans aménager une expertise (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances B. du 8 juin 1998; ATF 115 V 133 consid. 2 p. 134; 114 V 310 consid. 3c p. 314; 105 V 156 consid. 1 p. 158). La recourante réclame le versement de prestations à son assureur-accidents, au motif que les lésions qui l'affectent se trouvent en rapport de causalité avec l'accident. L'assureur dénie tout rapport de causalité entre l'accident et les douleurs, celui-là n'ayant fait que révéler un état maladif préexistant. En l'espèce, la recourante a consulté pour la première fois un médecin - pour des douleurs supposées en relation avec l'accident - le 6 juillet 2002, soit quatre mois après la date de l'accident, ce qui exclut, d'un point de vue médical, que la hernie ait été causée par ledit accident. En effet, si le choc du scooter avait été la cause de la hernie, les douleurs seraient survenues bien plus tôt et la recourante aurait dû être mise en incapacité de travail immédiatement. Suite à l'accident, la recourante n'a pas présenté les symptômes typiques d'une lésion au rachis cervical. Un lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident doit par conséquent également être nié. La myélopathie cervicarthrosique et l'arthrose sont des affections de type dégénératif; elle ne sauraient donc avoir été causées par l'accident. Par voie de conséquence, il n'existe aucun lien de causalité naturelle entre l'accident et le traumatisme affectant la recourante. De ce fait, l'examen de la question de la causalité adéquate devient également superflue. C'est donc à juste titre que l'appelée en cause a versé des prestations à son assurée. En tous points mal fondé, le recours sera rejeté. 4. Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 61 let. a LPG).

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