

du 29 janvier 2002

dans la cause

Madame L. M.

représentée par Me Michael Weissberg, avocat

contre

X. COMPAGNIE D'ASSURANCE

**EN FAIT**

1. Madame L. M., née le 3 septembre 1956, a été victime, en date du 20 octobre 1984, d'un accident de décompression lors d'un exercice de plongée, lequel a entraîné une tétraparésie sur ischémie médullaire.
2. A l'époque des faits, Mme M. était employée au service de la ... S.A. à Genève et, à ce titre, elle était assurée auprès de la X. Compagnie d'assurance (ci-après : la X.) en matière d'accidents professionnels et non professionnels.
3. Le cas a aussitôt été annoncé à la X., laquelle a octroyé à Mme M., par décision du 2 février 1987, une rente LAA pour une invalidité de 50% à compter du 1er janvier 1987. L'assureur a ainsi mis fin au droit au traitement médical, sous réserve des dispositions de l'article 21 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
4. Le 3 février 2000, l'hôpital cantonal universitaire de Genève (ci-après : HUG) a adressé à la X. une facture de CHF 140,10 relative à des soins prodigués à Mme M. le 24 janvier 2000.  
  
Il ressort d'un premier certificat médical de la Dresse M. C., médecin-adjointe du département des neurosciences et de la clinique de rééducation des HUG ayant examiné Mme M., que cette dernière a été soignée pour des lésions cutanées de frottement consécutives aux troubles de sensibilité résultant de l'accident de décompression du 20 octobre 1984. Elle avait d'ailleurs déjà été traitée pour un problème similaire en juin 1998.
5. Par décision du 7 juillet 2000, la X. a refusé la prise en charge des frais de ce traitement, en se fondant sur l'article 21 LAA. Cette décision a également été notifiée à la caisse-maladie de Mme M..
6. Mme M. s'est opposée à cette décision, le 3 août 2000, en expliquant que le traitement en question découlait des séquelles tardives de l'évènement du 20 octobre 1984. Par conséquent, il devait être pris en charge par l'assureur-accidents.
7. Par décision sur opposition du 14 novembre 2000, la X. a confirmé sa décision du 7 juillet 2000 niant le

droit de Mme M. aux prestations pour soins relatifs à des lésions cutanées subies.

En application de l'article 21 LAA, pour être prises en charge par l'assureur-accidents, les mesures médicales devaient en effet "améliorer notablement la capacité de gain" de leur bénéficiaire ou "empêcher une notable diminution de celle-ci", ce qui n'était précisément pas le cas en l'espèce.

8. Le 12 février 2001, Mme M. a saisi le Tribunal administratif d'un recours.

A l'appui de son recours, elle a fait valoir que, depuis l'évènement du 20 octobre 1984, elle souffrait régulièrement de problèmes aux pieds en raison d'une sensibilité perturbée, de spasticité et de troubles circulatoires directement liés aux conséquences de son accident. Les frais de traitement y relatifs avaient toujours été pris en charge par la X..

9. Il ressort d'une attestation médicale de la Dresse C., du 12 février 2001, que Mme M., suite à son accident de décompression, souffrait d'une tétraplégie séquellaire touchant essentiellement les deux membres inférieurs et le membre supérieur droit, avec comme conséquences une faiblesse musculaire et des troubles des divers types de sensibilité (hypoesthésie tactile, thermique et douloureuse, ainsi que des troubles de la sensibilité profonde).

Comme tous les patients lésés médullaires, Mme M. était susceptible de présenter pendant toute sa vie des complications découlant des perturbations physiologiques liées aux séquelles neurologiques.

En outre, la Dresse C. indiquait que Mme M. était régulièrement suivie à la consultation ambulatoire du centre romand des paraplégiques aux HUG. A plusieurs reprises, des lésions cutanées liées à une hyperpression ou à des frottements, en particulier au niveau des pieds, avaient été constatées et traitées.

Enfin, selon cette praticienne, la fréquence de ces complications tardives chez ce type de patiente confirmait que la lésion médullaire en était bien le *primum movens*. L'on n'avait d'ailleurs aucun problème pour la prise en charge de ces complications lorsque les patients étaient assurés auprès de la CNA.

10. Par acte du 29 octobre 2001, la X. a conclu au rejet du recours.

Les lésions cutanées dont souffrait Mme M. survenaient à la suite de circonstances particulières, par exemple lors du port de chaussures neuves, et il n'y avait dès lors plus de lien de causalité direct avec l'évènement de 1984.

11. Sur requête du Tribunal administratif, Mme M. a versé à la procédure, le 11 juillet 2001, des pièces justificatives concernant son salaire réalisé en 1999 et 2000.
12. Invitée à se déterminer sur le courrier du 12 février 2001 de la Dresse C., la X. a persisté dans ses conclusions en rappelant que l'élément causal dans la survenance de l'affection était le frottement engendré par une chaussure neuve.

#### **EN DROIT**

1. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56C litt. a de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05; art. 106 LAA).
2. En l'espèce, il n'y a pas lieu de revenir sur l'évènement du 20 octobre 1984, qui a été pris en charge par l'intimée à titre d'accident non professionnel.
3. a. En vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'assureur accident ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'évènement assuré (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).
- b. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

c. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, 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 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 119 V 335 consid. 1 p.337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

4. En vertu de l'article 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'article 21 LAA.

A teneur de cette disposition, lorsque la rente a été fixée, des prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaires dans les cas suivants :

- a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle;
- b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci;
- c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement ou de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain;
- d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une

notable détérioration.

5. Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une affection tenue pour guérie se manifeste à nouveau entraînant des soins médicaux, voire une (nouvelle) incapacité de travail. On est en présence d'une suite tardive, lorsqu'une affection apparemment guérie provoque au bout d'un certain temps des désordres organiques ou aussi psychiques, révélateurs possibles d'une symptomatologie différente de l'affection première (ATF 105 V 31 consid. 1c p. 35).

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation est long et plus les exigences quant à la preuve, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RJ 1994 46 consid. 1b; ATFA B. du 30 août 1993; ATA P. du 21 novembre 1995 et les références citées; ATA J.-C. du 8 octobre 1996).

Dans ces deux hypothèses (rechutes et séquelles tardives), les prestations d'assurance sont accordées et ceci indépendamment du fait de savoir si l'intéressé est encore assuré à ce moment-là (A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 277).

6. En l'espèce, il est admis par les parties que les lésions cutanées dont souffre la recourante sont bien une conséquence de l'incident du 20 octobre 1984. Pour l'intimée, il y aurait toutefois une cause extérieure, à savoir le frottement engendré par les chaussures neuves, qui interromprait tout lien de causalité entre l'évènement de 1984 et l'affection à l'origine du traitement litigieux, ce que conteste le médecin-traitant de la recourante.

Aussi conviendra-t-il d'examiner, dans un premier temps, si - et dans quelle mesure - les appréciations émises par la Dresse C. dans ses attestations et certificats médicaux ont valeur de preuve.

Enfin, dès lors que la recourante est au bénéfice, depuis le 1er janvier 1987, d'une rente LAA pour une invalidité à 50%, il faudra examiner si les conditions de l'article 21 LAA sont remplies.

7. La valeur probante d'un rapport médical dépend du point de savoir si l'avis est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens

approfondis, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse du patient, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicales est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées; si ces conditions sont réunies aucune preuve supplémentaire ne saurait être administrée (A. GHELEW, O. RAMELET, J.-B. RITTER; Commentaire de la LAA, p.323)

8. En l'espèce, la Dresse C. a indiqué que la recourante était régulièrement suivie à la consultation ambulatoire du centre romand des paraplégiques aux HUG. Elle a par conséquent établi son attestation médicale sur la base d'un dossier complet et en tenant compte de l'anamnèse de la patiente. Son appréciation médicale procède d'une analyse globale de la situation et est solidement étayée par son expérience au contact de patients lésés médullaires.

Le Tribunal de céans n'a par conséquent pas de raison de s'écarter des conclusions claires et précises de cette praticienne.

9. Partant, dès lors qu'il ressort tant du premier certificat que de l'attestation médicale de la Dresse C. que les lésions encourues par la recourante et ayant nécessité un traitement médical, le 24 janvier 2000, étaient la conséquence des troubles de sensibilité résultant de l'accident de décompression de 1984, le Tribunal administratif admettra que les troubles actuels dont souffre la recourante sont directement liés à l'atteinte subie lors de l'accident du 20 octobre 1984.
10. Reste à examiner si les conditions de l'article 21 LAA sont remplies, soit en particulier la lettre b de cette disposition, dès lors que la recourante possède une capacité de gain résiduelle.
11. Selon les pièces versées à la procédure, la recourante a perçu, outre des rentes de l'AI et de la X., un salaire annuel de CHF 5'720.- pour l'année 2000, respectivement de CHF 6'640.- pour 1999.

Il ressort de la littérature médicale que des lésions cutanées du type de celles dont souffre la recourante peuvent, si elles ne sont pas soignées, se transformer en esquarres, dont le traitement nécessite alors une hospitalisation de plusieurs jours, voire une

intervention chirurgicale (Yves LE MAIRE et Michel DELCEY, Escarres et autres complications de l'immobilisation, pp. 349 à 353; Publication de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), Evaluation de la prévention des escarres, in Rubrique dermatologique, juin 1998, pp. 18 à 30).

Un séjour hospitalier aurait sans conteste des conséquences sur la capacité de gain de la recourante.

C'est par conséquent à tort que la X. a refusé de prendre en charge la facture de CHF 140,10 qui lui a été adressée par les HUG le 3 février 2000.

12. Le recours sera donc admis et la décision de la X. annulée. La cause sera renvoyée à cette dernière pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Vu la nature du litige, aucun émolument ne sera perçu. Une indemnité de CHF 2'000.- sera allouée à la recourante, à la charge de la X..

**PAR CES MOTIFS**  
**le Tribunal administratif**  
**à la forme :**

déclare recevable le recours interjeté le 12 février 2001 par Madame L. M. contre la décision sur opposition de la X. Compagnie d'assurance du 14 novembre 2000;

**au fond :**

l'admet;

condamne la X. Compagnie d'assurance à verser à Mme M. la somme de CHF 140,10;

dit qu'il n'est pas perçu d'émolument;

alloue à Mme L. M. une indemnité de procédure de CHF 2'000.- à la charge de la X. Compagnie d'assurance;

dit que, conformément aux articles 97 et suivants de la loi fédérale d'organisation judiciaire, le présent arrêt peut être porté, par voie de recours de droit administratif, dans les trente jours dès sa notification, auprès du Tribunal fédéral des assurances. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral des assurances, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerne;

communique le présent arrêt à Me Michael Weissberg, avocat de la recourante, ainsi qu'à la X. Compagnie d'assurance et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Siégeants : M. Paychère, président, M. Thélin, Mmes Bonnefemme-Hurni, Bovy, juges, M. Torello, juge suppléant.

Au nom du Tribunal administratif :  
le secrétaire-juriste : le vice-président :

A. Amiguet

F. Paychère

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :

Mme M. Oranci