

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/286/2002-ASSU

ATA/389/2005

ARRÊT

DU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

du 24 mai 2005

2^{ème} section

dans la cause

Monsieur D._____

contre

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE DOMMAGES FRV

EN FAIT

1. Par décision du 11 février 2002, le Tribunal administratif a confié au Dr Le Fort, neurologue, le soin d'effectuer une expertise médicale de Monsieur D._____.

En substance, le Tribunal administratif avait retenu que M. D._____ avait été victime d'une chute le 26 décembre 1996, laquelle avait provoqué une dissection de l'artère vertébrale droite. Il avait repris le travail le 30 avril 1997. Suite à de violents maux de tête, il avait à nouveau arrêté de travailler le 1^{er} novembre 1999. L'assureur accidents de son ancien employeur, la société d'assurance dommages FRV (ci-après : la FRV), avait accepté de considérer cet arrêt de travail comme une rechute de l'accident de 1996.

M. D._____ n'avait jamais repris le travail.

Une expertise avait été ordonnée par l'assureur et confiée au Pr Bogousslavsky et au Dr Rossetti. Ceux-ci avaient considéré, dans leur rapport du 21 août 2001, que la période entre l'accident et l'apparition des céphalées était beaucoup trop longue pour admettre un lien de causalité entre l'accident et cette pathologie. Les maux de tête étaient vraisemblablement liés à des abus médicamenteux, à une importante consommation d'alcool et une situation psychosociale chargée.

Dans sa décision sur expertise précitée, le Tribunal administratif a considéré que le rapport rédigé par les Drs Bogousslavsky et Rossetti comportait certaines zones d'ombre. Ces praticiens n'avaient pas tenu compte du fait que l'intéressé avait perdu connaissance lors de l'accident ; en outre, ils avaient estimé qu'il y avait eu un intervalle d'une année et demie entre l'accident et les céphalées, alors que les rapports médicaux parlaient en faveur d'un état migraineux datant de l'accident proprement dit, si ce n'était immédiatement après.

2. Le 29 août 2003, le Dr Le Fort a rendu son rapport, en se fondant sur une anamnèse d'environ une heure et demie. Il n'avait pas pu procéder à l'examen clinique de M. D._____, celui-ci ayant annulé deux des trois rendez-vous fixés, en invoquant soit la maladie, soit le fait qu'il était au Portugal. Par la suite, M. D._____ n'avait pas repris contact avec l'expert. Ce dernier avait alors décidé de surseoir à cet examen clinique, dès lors que la migraine s'accompagnait, par définition, d'un examen neurologique normal, et que des comptes-rendus de plusieurs examens neurologiques complets figuraient au dossier, témoignant tous d'un examen neurologique normal.

La dissection de l'artère cérébrale était établie et les examens complémentaires pratiqués permettaient d'affirmer que cette artère s'était reperméabilisée sans complication de type anévrisme ou autre.

Quelles que soient les versions évoquées dans le dossier et en admettant qu'il était impossible d'obtenir une réponse précise a posteriori, le Dr Le Fort a considéré qu'il n'y avait pas eu de céphalées invalidantes entre le terme de la première hospitalisation en neurologie et la consultation du Dr Hany, une année après. L'expert s'est fondé en particulier sur le rapport de la première hospitalisation, qui indiquait que l'intéressé était asymptomatique à sa sortie, ce qui signifiait qu'il ne souffrait en tous cas pas de céphalées invalidantes. Par la suite, et pendant une année, ni l'intéressé ni son médecin traitant n'avaient sollicité d'examens visant à investiguer, à expliquer ou à traiter des céphalées. M. D. _____ avait été apte à travailler à 100% dès avril 1997. Dès lors, le Dr Le Fort a admis que les céphalées dont souffrait le recourant n'entraient en ligne de compte qu'une année au moins après l'accident de décembre 1996.

Le Dr Le Fort a encore relevé que certaines caractéristiques des céphalées de l'intéressé pourraient entrer dans le cadre de migraines, mais qu'il existait aussi des céphalées tensionnelles, exacerbées par les traitements et aggravées par le contexte.

Le délai entre la guérison de la dissection et l'exacerbation des céphalées ne permettait pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité entre ces deux pathologies, ni l'intervalle libre de retenir un lien entre le traumatisme crânien et les migraines.

3. Ce rapport a été soumis aux parties.
 - a. M. D. _____ a indiqué, le 17 septembre 2003, qu'avant de se déterminer, il souhaitait prendre connaissance d'une expertise qui avait été requise par l'OCAI.
 - b. Le 18 septembre 2003, la FRV a indiqué qu'elle n'avait aucune remarque particulière à formuler au sujet du rapport d'expertise.
 - c. L'affaire a été suspendue le 23 septembre 2003.
4. Le 5 octobre 2004, le juge délégué à l'instruction de la cause a indiqué que cette dernière était reprise d'office.

En l'absence des conclusions de l'expertise ordonnée par l'OCAI, il a ordonné à M. D. _____ de se déterminer sur le rapport du Dr Le Fort.
5. Le 16 novembre 2004, M. D. _____ a indiqué qu'il attendait toujours l'expertise de l'OCAI. Celle du Dr Le Fort s'était faite principalement sur dossier,

et l'expert n'avait procédé à aucun examen clinique. Elle était dès lors incomplète. Le recourant a encore souligné qu'il était en incapacité de travail à 100% depuis l'accident en question, qu'il souffrait d'importantes migraines, exacerbées depuis l'événement accidentel, et que sa capacité de gain était nécessairement atteinte.

6. Le 5 avril 2005, le conseil du recourant a indiqué au tribunal qu'il cessait d'occuper, ayant été relevé de son mandat par l'assistance juridique.

EN DROIT

1. a. La loi modifiant la loi sur l'organisation judiciaire du 14 novembre 2002, par laquelle a été créé 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 alinéa 2 de ladite loi, les causes introduites devant le Tribunal administratif avant l'entrée en vigueur de ladite loi sont instruites et jugées par cette juridiction.
b. Déposé en temps utile devant la juridiction alors compétente, le recours est recevable (art. 56C lett. b (ancienne teneur) de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 - LOJ - E 2 05 et art. 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 – LAA – RS 832.20).
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Ce nonobstant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 166 consid. 4b ; ATA/153/2003 du 18 mars 2003).
3. a. Le Tribunal fédéral des assurances a déclaré à maintes reprises que 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 entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 116 V 246 consid. 1b p. 249 et les arrêts cités). L'uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité. L'assureur accidents ne peut donc s'écarter sans motifs suffisants du degré d'invalidité fixé par l'assurance invalidité, aucune priorité ne pouvant être accordée à l'évaluation opérée par l'assureur accidents (ATF 119 V 468 consid. 3 p. 471). Dans un arrêt du 26 juillet 2000, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence concernant la

coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale. Il a notamment confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d p. 293). En revanche, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en fait dans un cas concret. Cependant, cette uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer chaque assureur social de l'obligation de procéder 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 8 mars 2004 U38/03 consid. 3.2).

b. En l'espèce, l'expertise qu'aurait ordonnée l'OCAI n'est pas pertinente pour la solution du litige. En effet, il n'est pas contesté que M. D. _____ souffre de céphalées pouvant cas échéant être invalidantes. La question à trancher est de savoir si ces céphalées sont en lien de causalité avec l'accident de 1996, ce que le rapport d'expertise de l'OCAI n'a pas à trancher : cette question n'est pas pertinente pour l'assureur invalidité.

4. a. Sont des causes naturelles toutes les circonstances sans lesquelles le dommage ne se serait pas produit de la même manière ou en même temps. C'est sur la base des données médicales qu'il convient d'examiner s'il existe un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Cette question de fait doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que le lien de causalité soit simplement possible pour fonder un droit à des prestations d'assurance (ATF 119 V 338, consid. 1; ATF 118 V 289, consid. lb).

b. 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 tardives. Ces dernières 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 atteinte 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 138). Par définition, il s'agit d'affections qui sont en relation avec un accident assuré. Un droit à des prestations de l'assureur accidents n'est reconnu que si l'atteinte annoncée et l'accident assuré sont en relation de causalité naturelle et adéquate (ATF 118 V 296), au sens de ce qui précède.

S'agissant d'une rechute, la responsabilité de l'assureur accidents ne saurait être engagée sur la seule base de la reconnaissance, passée, d'un lien de causalité

naturelle pour le dommage initial et, le cas échéant, pour une rechute antérieure (RAMA 1994, p. 327).

c. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 117 V 264, consid. 3b).

L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt du TFA du 14 février 1985 dans la cause B).

5. a. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Il importe, pour conférer une valeur probante au rapport médical, que tous les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf. ; RJJ 1995 p. 44).
- b. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; P. OMLIN, *Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung*, p. 297 s.; W. MORGER, *Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA*, in RSAS 32/1988, p. 332 s.; ATF C. c/ CNA et G. du 7 octobre 1998).
- c. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peuvent constituer des raisons de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale

(ATF 118 V 286 consid. 1b p. 290 ; 112 V 30 consid. 1a p. 32 et les références ; RAMA 1990 p. 187).

6. En l'espèce, le Tribunal administratif fera fond sur le rapport d'expertise judiciaire du Dr Le Fort. Bien que ce dernier indique n'avoir pu réaliser un examen physique du recourant, il explique d'une manière détaillée les motifs pour lesquels il considère que cet examen était inapte à modifier son appréciation : les maux dont souffre le recourant ne sont pas repérables physiquement et plusieurs examens neurologiques, aux conclusions concordantes, figurent dans le dossier.

De plus, les conclusions du Dr Le Fort, selon lequel un lien de causalité naturelle entre l'accident et les maux dont souffre actuellement le recourant ne peut être établi avec une vraisemblance prépondérante, sont similaires à celles des experts mis en œuvre par l'assureur, soit le Pr Bogousslavsky et le Dr Rossetti. Enfin, le Dr Le Fort explique pour quelles raisons les éventuelles imprécisions dans les circonstances de l'accident, telles que hauteur ou circonstances de la chute ou existence de céphalées immédiatement après la chute, ne peuvent modifier son appréciation.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, le lien de causalité entre l'accident et les maux de tête dont souffre le recourant n'étant pas établi avec une vraisemblance suffisante.

Vu la nature du litige aucun émolument ne sera perçu (art. 61 let. a de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.01). Les frais d'expertise, en CHF 3'880.-, seront laissés à la charge de l'Etat de Genève.

PAR CES MOTIFS
LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF

à la forme :

déclare recevable le recours interjeté le 25 mars 2002 par Monsieur D. _____ contre la décision de la Société d'Assurances Dommages FRV du 15 janvier 2002 ;

au fond :

le rejette ;

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

laisse les frais de la cause, en CHF 3'880.-, à la charge de l'Etat de Genève ;

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, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne;

communiqué le présent arrêt à Monsieur D. _____ ainsi qu'à la Société d'Assurances Dommages FRV.

Siégeants : Mme Bovy, présidente, M. Paychère, M. Thélin, juges.

Au nom du Tribunal administratif :

la greffière-juriste :

C. Del Gaudio-Siegrist

la vice-présidente :

L. Bovy

Copie conforme de cet arrêt a été communiquée aux parties.

Genève, le

la greffière :