RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1387/2003 **ATAS/676/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème Chambre

du 18 août 2005

En la cause

Madame P_____, représentée par Maître Elisabeth GABUS-THORENS en l'Etude de laquelle elle élit domicile	recourante

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES, rue de la Fontaine 1, 1204 GENEVE	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Maya CRAMER et Doris WANGELER, juges.

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1957, a été engagée en qualité de réceptionniste le 1er septembre 1997 auprès de la CLINIQUE X_____. Elle était à ce titre assurée auprès de la GENERALI ASSURANCES GENERALES (nouvelle raison sociale de l'UNION SUISSE ASSURANCES à compter du 1er avril 1999 ; ci-après : l'assurance) contre les accidents professionnels et non professionnels.

2. L'assurée a été licenciée par courrier du 18 octobre 1997, avec effet au 31 octobre 1997(cf. pièce 3 caisse).

3. En date du 30 octobre 1997, elle a été victime d'un accident de la circulation : alors qu'elle était arrêtée à un feu rouge, son véhicule a été percuté à l'arrière. Cela lui a occasionné un « coup du lapin » (cf. pièces 2 et 5 caisse).

4. Le médecin-traitant, le Dr A_____, a diagnostiqué une fracture de l'isthme droit de la 3ème vertèbre cervicale. Il a relevé que sa patiente était dépressivo-anxieuse de longue date et avait vécu l'accident comme un choc psychogène important. Il a émis l'avis qu'aucun dommage permanent n'était à craindre du point de vue somatique, mais que le choc psychogène pourrait en revanche avoir des répercussions à long terme (cf. rapport du 27 novembre 1997 : pièce 5 caisse).

5. La tomodensitométrie cervicale de contrôle pratiquée le 7 janvier 1998 par le Dr B_____ n'a révélé aucune fracture visible. Les masses latérales étaient sans particularité (cf. pièce 8 caisse).

6. L'assurée a été hospitalisée en urgence à BEAU-SEJOUR du 10 au 20 février 1998 pour des cervicalgies post-traumatiques : les douleurs cervicales post-traumatiques se sont exacerbées au point de nécessiter un alitement de 20 heures sur 24. L'assurée a subi un traitement médicamenteux antalgique et une physiothérapie intensive. Selon le Dr C_____, cela a conduit à une très bonne régression des douleurs et permis une réinsertion dans la vie active (pièces 13 et 17 caisse).

7. Dans un rapport daté du 10 mars 1998, le Dr A_____ a relevé que la symptomatologie à la sortie de l'hôpital était fluctuante et semblait évoluer favorablement. Selon lui, le caractère persistant de la symptomatologie était certainement à mettre en relation avec des projections psychosomatiques, résultat de la problématique psychologique de la patiente. Le Dr A_____ a considéré que le problème devait désormais être considéré comme une « affection-maladie » et non plus comme une conséquence de l'accident (pièce 15 caisse).

8. Dans un certificat du 20 mars 1998, la Dresse D_____ a expliqué qu'elle soignait l'assurée depuis 1992 pour une dépression majeure récurrente. Elle a précisé que sa patiente souffrait par ailleurs d'un trouble de la personnalité

(personnalité dépendante – F.60.7 selon DSM IV) qui la rendait peu capable de gérer des situations de stress. Selon elle, il était possible que le cumul de la dépression et du trouble de la personnalité interfère négativement dans le processus de guérison (pièce 21 caisse).

9. Par décision du 24 juillet 1998, l'assurance a mis fin au versement de ses prestations à compter du 1er avril 1998 au motif que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 30 octobre 1997 n'existait plus (pièce 25 caisse). Cette décision est entrée en force.

10. Par courrier du 31 janvier 2002, la recourante a déposé une demande de réexamen. Elle a allégué que les séquelles de l'accident n'étaient pas résorbées et produit à l'appui de ses dires un rapport médical établi le 4 mars 1998 par les Drs E_____ et C_____ suite à son hospitalisation (pièce 16 recourante). Il en ressort notamment qu'elle souffrait d'une importante exacerbation de ses douleurs cervicales chroniques persistantes sur une fracture non déplacée de C3 survenue à la suite d'un accident de circulation survenu à la fin octobre 1997 et qu'elle se plaignait de douleurs invalidantes accompagnées de nausées et de spasmes ainsi que de douleurs irradiant la boîte crânienne. Ses activités diurnes se limitaient à deux heures par jour. Le reste du temps, la patiente restait alitée et il y avait une baisse de l'élan vital. Les médecins faisaient aussi état des douleurs à la percussion de toute la colonne vertébrale dorso-lombaire avec irradiation dans la colonne cervicale, apparition de réflexes nauséeux importants à la palpation de la colonne cervicale et douleurs électives à la palpation des muscles trapèzes. Ont également été diagnostiqués : un état dépressif réactionnel, un syndrome de stress post-traumatique et une fibromyalgie (pièce 29 caisse).

11. Par décision du 15 mars 2002, l'assurance a rejeté la demande, au motif que ni les conditions d'une reconsidération, ni celles d'une révision procédurale n'étaient réalisées (pièce 33 caisse). Elle a estimé que, selon les documents médicaux en sa possession, l'existence d'une causalité au-delà du 1er mars 1998 devait être niée. Elle a retenu que l'accident devait être rangé tout au plus dans la catégorie des accidents de moyenne gravité et qu'aucun des critères posés par la jurisprudence - en particulier ceux de la durée du traitement médical et l'incapacité de travail - n'était rempli avec suffisamment d'intensité pour que le lien de causalité entre les troubles et l'accident puisse être admis au-delà de cette date. L'assurance en a tiré la conclusion que sa décision initiale ne pouvait être qualifiée de manifestement erronée. Par ailleurs, elle a rejeté la demande de révision procédurale, au motif notamment que le rapport produit par l'assurée n'apportait aucun élément médical nouveau et était d'ailleurs déjà en sa possession.

12. Le 12 avril 2002, l'assurée a formé opposition en concluant à la reconsidération et/ou à la révision procédurale de la décision litigieuse et, subsidiairement, à une révision au sens de la loi sur l'assurance-accidents. Selon elle, les faits

démontraient à l'évidence la prépondérance de l'accident dans sa pathologie, qui avait également aggravé son état psychologique. Elle a admis qu'elle souffrait d'un état dépressif préexistant, mais relevé que celui-ci ne l'avait jamais empêchée de s'occuper de sa famille et de travailler, alors que les rapports médicaux rendus suite à son hospitalisation en février 1998 faisaient état d'une incapacité à rester debout plus de deux heures par jour. L'assurée a fait valoir que le rapport médical du 4 mars 1998 constituait un fait nouveau devant entraîner une révision procédurale de la décision litigieuse. Au surplus, selon elle, la décision devait être revue pour tenir compte du fait que sa capacité de gain était désormais nulle et qu'elle avait été mise au bénéfice d'une rente entière par l'assurance-invalidité.

13. Par décision sur opposition du 19 mai 2003, l'assurance a confirmé sa décision du 15 mars 2002. Elle a notamment relevé qu'il était peu probable que la modification de la vitesse suite à la collision du 30 octobre 1997 ait été supérieure à 10 km/h, de sorte que l'accident devait être rangé dans la catégorie des accidents de faible gravité, ce qui permettait d'exclure d'emblée l'existence d'un lien de causalité adéquate (pièce 38 caisse).

14. Le 4 août 2003, l'assurée a formé recours. Elle conclut préalablement à la mise en place d'une expertise visant à établir son état de santé et l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident du 30 octobre 2003, principalement, à la reconsidération et/ou à la révision procédurale de la décision du 24 juillet 1998, et à ce que l'assurance soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité, une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi qu'une indemnité de procédure valant participation à ses honoraires d'avocat. Elle a notamment fait remarquer que la collision ne s'était pas faite à une vitesse de 10 km/h, mais de 50 km/h et qu'il fallait dès lors qualifier l'accident de moyennement grave, voire grave.

15. Dans sa réponse du 2 septembre 2003, l'assurance a conclu au rejet du recours. Elle a notamment indiqué que la vitesse « delta-v » dont elle avait fait mention dans sa décision du 19 mai 2003 ne correspondait pas à la vitesse d'un véhicule en percutant un autre, mais à la modification de vitesse du véhicule arrêté après la collision. Il apparaissait ainsi improbable que le véhicule de la recourante, à l'arrêt au moment de la collision, ait acquis une vitesse supérieure à 10 km/h après la collision, dans la mesure où le véhicule l'ayant percuté ne roulait qu'à 15 km/h. Par ailleurs, l'assurance a relevé que la procédure ne pouvait avoir que pour objet une éventuelle reconsidération ou révision procédurale et non sa condamnation au versement de prestations d'assurance.

16. La recourante a répliqué par courrier du 20 octobre 2003. Elle a notamment allégué que le « delta-v » correspondait à la différence entre la vitesse du véhicule percuté et celle du véhicule percutant au moment des faits, soit dans le cas d'espèce, 50 km/h (50 km/h – 0 km/h), et que, dès lors, l'accident devait être qualifié de moyennement grave, voire grave. Par ailleurs, elle a fait valoir que les documents

existant au moment où la décision litigieuse avait été rendue démontraient amplement l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et les troubles médicaux. Toutefois, s'il subsistait un doute, une expertise devrait être mise sur pied afin de démontrer que les conditions d'octroi d'une rente étaient réalisées au moment de la décision.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

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

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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. L'art. 106 LAA prévoit qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance-accidents. La décision litigieuse étant intervenue le 19 mai 2003, le recours, interjeté le 4 août 2003, est dès lors recevable.

5. Le litige porte en l'occurrence uniquement sur la question de savoir s'il y a lieu de procéder à la révision ou à la reconsidération de la décision du 24 juillet 1998, entrée en force.

6. Selon l'ancien art. 22 al. 1 LAA, dont les termes ont été repris depuis le 1er janvier 2003 par l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision.

   La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   L'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'art. 22 LAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

7. Par ailleurs, selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision (procédurale) si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 22 LAA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable.

   Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au

moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

8. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale du 24 juillet 1998 peut être réexaminée par la voie de la révision, procédurale ou non.

a) Pour que l'art. 22 LAA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable, après la décision initiale.

En l'occurrence, la recourante allègue que les séquelles de l'accident ne se sont pas résorbées. Elle produit à l'appui de ses dires un rapport médical établi le 4 mars 1998 dont il ressort que ses douleurs ont été exacerbées. Force est de constater cependant que ce rapport et l'état auquel il fait référence sont antérieurs à la décision initiale, laquelle a été rendue en date du 24 juillet 1998. Aucune modification notable de l'état de santé de la recourante n'a donc été rendue plausible. Il est donc à l'évidence impossible de procéder à une révision selon l'art. 22 LAA.

b) Reste à établir si c'est à juste titre que l'assurance a rejeté la demande de reconsidérer l'examen de l'assurée. Lorsque l'autorité entre en matière sur la demande de réexamen mais elle se borne à confirmer sa première décision sans complément d'instruction ni adjonction de motif, cette décision, assimilable à une décision de non entrée en matière, est sujette à recours comme telle (André GRISEL, Traité de droit administratif, vol II, p. 950 ; RDAF 1981 p. 104).

En l'espèce, on peut se demander si tel n'est pas le cas. Mais la question peut demeurer ouverte dans la mesure où il apparaît que la décision du 24 juillet 1998 ne peut pas non plus être qualifiée de manifestement erronée.

En effet, contrairement à ce qu'allègue la recourante, il ressort clairement du rapport de police que le véhicule qui l'a percutée roulait à vitesse très réduite, environ 15 km/h, conformément à ce qu'a retenu l'autorité intimée. On ne voit pas sur quels éléments se base la recourante pour affirmer que ce véhicule roulait à 50 km/h. Son assertion est au contraire, ainsi qu'on l'a vu, contredite par les éléments du dossier.

Enfin, la recourante ne fait valoir aucun moyen de preuve ou fait véritablement nouveau.

Ainsi, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 24 juillet 1998, cette dernière doit être maintenue.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Dit que la procédure est gratuite ;

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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