RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1553/03 **ATAS/227/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Du mardi 6 avril 2004

2ème Chambre

En la cause

Monsieur N_____, comparant par Me Mauro POGGIA en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES,
Bundesgasse 35, 3001 Berne — intimée

EN FAIT

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Juliana BALDE, juges.

---

1. Monsieur N_____, né en mai 1938, médecin de profession, circulait au volant de sa voiture sur l'autoroute Nyon-Genève le 12 mai 1999 aux alentours de 23 heures lorsqu'un véhicule l'a violemment percuté par l'arrière.

2. Le 15 juin 1999, soit un mois après l'accident, l'assuré a consulté son médecin traitant, le docteur A_____, suite à d'intenses cervicalgies. Ce praticien a alors diagnostiqué des douleurs au niveau de la colonne cervicale, une limitation fonctionnelle, surtout dans les mouvements de rotation latérale à droite ainsi qu'une raideur musculaire. Il lui a prescrit un traitement anti-inflammatoire, antalgique et myo-relaxant.

3. Le 13 avril 2000, le médecin traitant a effectué des radiographies conventionnelles de la colonne cervicale et dorsale, lesquelles ont montré l'existence d'une arthrose postérieure bilatérale modérée en C2-C3 n'empiétant pas significativement sur les trous de conjugaison, une petite arthrose postérieure bilatérale en C3-C4, un spondylolisthesis à minima sur arthrose postérieure gauche en C4-C5, une petite hyperangulation de la pointe de l'apophyse articulaire avec l'impression d'une petite discontinuité de la corticale postérieure ainsi qu'une discopathie franche avec discarthrose débutante et uncarthrose associée en C6-C7.

4. Le 2 mai 2000, l'assuré a été en incapacité de travail à 50 % suite à la persistance des cervicalgies et à une fatigue intense, notamment durant ses activités opératoires.

5. Le 26 janvier 2001, l'assuré a fait parvenir une déclaration d'accident à LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après l'assureur), société auprès de laquelle il était assuré contre les accidents. Il a relevé souffrir d'atteinte à la colonne cervicale, sous la forme d'un « coup du lapin ».

6. Le 8 mai 2001, le docteur A_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'assureur dans lequel il a constaté une raideur musculaire de la nuque, des limitations fonctionnelles dans le mouvement latéral à droite, la rotation à droite et les mouvements de la tête en arrière ainsi qu'une parésie discrète des muscles et de la peau dans l'avant-bras gauche. Ce praticien a diagnostiqué une extension-flexion aiguë au niveau de la nuque (« coup du lapin »). Il a confirmé l'incapacité de travail de 50 % dès le 2 mai 2000 pour une période indéterminée.

7. Le 4 octobre 2001, sur mandat de l'assureur, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a rédigé un rapport d'expertise après

avoir ausculté l'assuré et avoir pris connaissance de son dossier. Il a diagnostiqué des cervicalgies persistantes plus de deux ans après un accident de la circulation ayant pu comporter une distorsion cervicale simple et une absence d'éléments psychopathologiques ayant valeur de maladie. Après avoir admis qu'il était tout à fait possible que l'assuré ait été victime lors de l'accident d'une distorsion cervicale simple, l'expert s'est déclaré étonné par le laps de temps écoulé entre l'accident et l'apparition des cervicalgies, le pronostic du whiplash (« coup du lapin ») étant généralement grevé par des nucalgies précoces, c'est-à-dire survenant dans les quarante-huit premières heures après l'accident. Une aggravation secondaire des symptômes nucaux, par exemple dans des situations de stress telle l'activité opératoire de l'assuré, était tout à fait possible et décrite par les spécialistes de la pathologie. L'expert a admis qu'il existait une relation de causalité possible entre les cervicalgies présentes et l'accident. Le type de causalité devait être qualifié de possible et non de probable vu la survenue tardive des troubles et de l'intervalle libre de près d'une année présentés par l'assuré. Il ne pensait pas que l'importance de la symptomatologie, plus de deux ans après l'accident, puisse causer une incapacité de travail significative. Il a encore précisé qu'il n'existait pas d'état antérieur préexistant à l'accident.

8. Le 22 novembre 2001, sur question de l'assuré représenté par son conseil, l'expert a relevé que la survenue des douleurs cervicales était sans doute causée par l'apparition d'une cervicarthrose devenue symptomatique, présente à tous les niveaux incriminés et colligés en détail dans le rapport de radiologie du 14 avril 2000. Ces troubles dégénératifs, diffus et pluri-étagés, n'étaient à l'évidence pas dus à l'accident. Il a encore souligné qu'il ne niait pas les douleurs de l'assuré, mais que la relation entre ces dernières et l'accident ne pouvait être qualifiée que de possible vu le caractère bénin du whiplash, bénignité attestée par le fait qu'il n'avait consulté son médecin traitant que plus d'un mois après le traumatisme subi.

9. Le 17 décembre 2001, l'assuré a contesté le rapport de l'expert et la conclusion selon laquelle la relation entre les douleurs cervicales et l'accident ne pouvait être qualifiée que de possible. Il n'avait pas ressenti des douleurs à la nuque uniquement deux ans après l'accident, mais bien tout de suite après, mais n'avait cependant pas jugé utile de consulter un médecin immédiatement, pensant que ces douleurs s'atténueraient par elles-mêmes. Les douleurs n'avaient jamais cessé ni diminué. Il souhaitait que le rapport d'expertise soit complété par un examen radiologique ou par un scanner.

10. Le 28 janvier 2002, le docteur A_____ a rédigé un rapport dans lequel il a expliqué qu'il suivait l'assuré depuis 1993 et qu'il ne s'était jamais plaint de douleurs cervicales ou d'une quelconque affection rhumatismale. Les radiographies de la colonne cervicale et dorsale effectuées le 13 avril 2000 n'avaient montré que des troubles statiques modérés dans les deux plans, de même que des troubles dégénératifs correspondant à l'âge du patient. Par contre, des remaniements articulaires postérieurs du segment moyen à inférieur pouvaient correspondre à un traumatisme récent dans ce contexte clinique. Il a relevé qu'à son avis, en ce qui concernait la relation entre la symptomatologie présentée par l'assuré et l'accident, cette relation de cause à effet était évidente.

11. Par décision du 27 février 2002, l'assureur a refusé toute prestations dans le cadre de l'assurance-accidents au motif que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'événement décrit devait être prouvé au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, ce que les conclusions de l'expertise ne permettaient pas d'établir. En outre, le rapport du docteur A_____ du 28 janvier 2002 était contradictoire, celui-ci déclarant tout d'abord que les remaniements articulaires constatées sur les radiographies du 13 avril 2000 pouvaient correspondre à un traumatisme récent, pour conclure finalement que la relation de cause à effet entre la symptomatologie présentée et l'accident était évidente.

12. Par opposition du 20 mars 2002, l'assuré a contesté ce point de vue et a produit un certificat complémentaire du docteur A_____ du 11 mars 2002 expliquant que les remaniements articulaires postérieurs du segment moyen à inférieur correspondaient à une image « nouvelle » par rapport aux troubles dégénératifs décrits plus haut dans le même rapport. C'était cette image nouvelle, due aux suites du traumatisme du 12 mai 1999 qui était récente par rapport à l'état antérieur. La symptomatologie clinique qui n'était pas survenue juste après l'accident (situation fréquente après un coup du lapin) et dont le patient ne s'était jamais plaint avant l'accident était expliquée par ces images radiologiques.

13. Par décision sur opposition du 21 mai 2003, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 27 février 2002 en relevant que le lien de causalité entre la symptomatologie de l'assuré et l'accident n'avait été qualifié que de possible par l'expert mandaté, lequel avait en outre expliqué que les douleurs pouvaient s'expliquer par une cervicarthrose devenue symptomatique. Aucun élément du dossier ne permettait de s'écarter des conclusions de l'expert, dont le rapport répondait aux exigences de la jurisprudence en la matière. Quant aux deux rapports du docteur A_____, ils comportaient une appréciation peu claire, voire contradictoire sur le plan de la causalité. L'assureur a encore relevé que,

contrairement à ce que prétendait l'assuré, les troubles liés à un syndrome cervical post-traumatique (« coup du lapin ») apparaissaient au plus tard deux jours après l'accident et étaient généralement accompagnés de symptômes caractéristiques tels que fatigue, troubles de la vue et dépression. Dans près de 80 % des cas, les patients guérissaient durant les semaines, voire les mois qui suivaient l'accident.

14. Le 21 août 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assureur à verser les prestations d'assurance dues à la suite de l'accident du 12 mai 1999. A son avis, les radiographies du 13 avril 2000 montraient clairement qu'à côté des troubles dégénératifs correspondant à l'âge du patient, des remaniements articulaires postérieurs du segment moyen à inférieur étaient apparus, raison pour laquelle le docteur A_____ avait conclu à une relation de cause à effet évidente. Par ailleurs, l'expert mandaté par l'assureur avait estimé que l'apparition des douleurs cervicales était sans doute due à une cervicarthrose, sous-entendant que cela était possible mais non certain. L'assuré a encore souhaité compléter son recours par un examen radiologique ou par scanner dont les conclusions seraient déposées ultérieurement.

15. Dans sa réponse du 5 septembre 2003, l'assureur a proposé le rejet du recours en exposant que le recourant se fondait principalement sur les conclusions de son médecin traitant, spécialiste en maladies tropicales plutôt que sur celles de l'expert, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Or, ce simple avis ne saurait remettre en question son expertise, d'autant plus que le docteur A_____ semblait en contradiction dans ces différents avis médicaux.

16. Après avoir sollicité une prolongation du délai pour produire certaines pièces, l'assuré a informé le Tribunal de céans le 8 décembre 2003 qu'il se trouvait dans l'impossibilité d'apporter d'autres éléments médicaux que ceux déjà produits dans la mesure où les médecins qu'il était allé consulter avaient estimé que les faits étaient trop anciens pour en tirer aujourd'hui des conclusions fiables.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales qui connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre

2000 (LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) (art. 56 al. 1 let. a LOJ). Conformément à l'art. 3 al. 1 des dispositions transitoires, le Tribunal connaît de toutes les demandes et nouveaux recours en matière d'assurances et de prestations sociales fédérales et cantonales déposés postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi. Le recours ayant été déposé le 21 août 2003, la compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et qui a entraîné des modifications en matière d'assurance-accidents n'est pas applicable en l'espèce, pour ce qui est des normes matérielles,dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse, en l'espèce mai 2001 (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Sont dès lors seules applicables les dispositions de la loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après LAA).

3. En revanche, les règles de procédures de la LPGA sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1). En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant 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. La décision dont est recours étant intervenue le 21 mai 2003, le recours du 21 août 2003 a été interjeté en temps utile et est dès lors recevable.

4. Le litige porte essentiellement sur le droit aux prestations d'assurance découlant de l'accident du 12 mai 1999, plus exactement sur l'existence ou non d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé du recourant.

4a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA). Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle 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 rapports 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 découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) 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 (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut ainsi accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis à la demande

de l'assureur-accidents aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé ou de douter de l'objectivité des appréciations portées (ATFA non publié du 23 mai 2003 en la cause U 267/02 consid. 4.2).

3c. En l'espèce, il sied de constater en premier lieu que l'expertise réalisée par le docteur B_____ répond en tous points aux exigences en la matière posées par la jurisprudence et possède de ce fait pleine valeur probante. En effet, ce praticien s'est prononcé après avoir pris connaissance du dossier radiologique de l'assuré et après l'avoir examiné. Il a établi son anamnèse personnelle et familiale et a tenu compte des plaintes exprimées par le patient. En ce qui concerne plus particulièrement le point litigieux, il a développé son argumentation de manière convaincante en se référant tant aux circonstances propres au cas de l'assuré qu'à la revue de littérature relative au traumatisme d'accélération cranio-cervicale. Il a expliqué que les premiers symptômes apparaissaient en général dans les quarante-huit premières heures suivant l'accident et que les cervicalgies de l'assuré pouvaient provenir d'une cervicarthrose devenue symptomatique, présente à tous les niveaux incriminés et colligés en détail dans le rapport de radiologie du 14 avril 2000. Selon l'expert, ces troubles dégénératifs, diffus et pluri-étagés, n'étaient à l'évidence pas dus à l'accident. C'est pour cette raison qu'il a précisé que le type de causalité devait être qualifié de possible et non de probable.

Force est de constater que, dans le cas du recourant, dont le véhicule a été percuté par l'arrière, il n'existe que peu d'éléments attestant de l'apparition du tableau clinique typique d'un traumatisme cérébral de type coup du lapin comme l'exige la jurisprudence pour admettre l'existence d'un rapport de causalité naturelle. En effet, l'assuré n'a consulté son médecin traitant pour la première fois qu'un mois après l'accident, et ce uniquement pour des douleurs au niveau de la colonne cervicale, une limitation fonctionnelle, surtout dans les mouvements de rotation latérale à droite ainsi qu'une raideur musculaire. Il n'a ressenti aucun autre symptôme du type de ceux habituellement en cause lors d'un traumatisme cervical de type « coup du lapin » 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. Par ailleurs, il n'a été en incapacité de travail qu'un an après l'accident. Or, les symptômes initiaux lors d'un traumatisme d'accélération cranio-cervicale sont les plaintes qui apparaissent dans les trois premiers jours après un traumatisme. Une aggravation secondaire de symptômes, par exemple de nucalgies, lors de situations de stress, reste possible dans les semaines, voire les mois qui suivent

l'accident. Par contre, l'apparition de nouveaux symptômes après un intervalle asymptomatique est peu probable (Rapport de la commission « Whiplah-associated disorder » de la Société suisse de neurologie, « Symptomatologie après le traumatisme d'accélération cranio-cervicale (coup du lapin, « whiplah-associated disorder », in Bulletin des médecins suisses 2001, 82, n° 6, p. 288-289).

Quant aux arguments du docteur A_____, force est de reconnaître qu'effectivement son rapport du 28 janvier 2002 n'est pas très clair et qu'il se contredit dans la mesure où il a d'abord estimé que les remaniements articulaires postérieurs du segment moyen à inférieurs pouvaient correspondre à un traumatisme récent et s'est donc référé à une simple possibilité de causalité pour, finalement, conclure à une relation de cause à effet évidente. Il s'est ensuite encore contredit dans son rapport du 11 mars 2002 en expliquant que la symptomatologie clinique était expliquée par ces images radiologiques, dues aux suites du traumatisme du 12 mai 1999. Les arguments du médecin traitant, au demeurant spécialiste en maladies tropicales, ne permettent donc pas de remettre en cause l'expertise réalisée par le docteur B_____.

Ainsi, toute causalité naturelle est exclue, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner ce qu'il en est de la causalité adéquate, qui est une question de droit, et qui présuppose l'existence d'une causalité naturelle. En conséquence, toute prestation est effectivement exclue.

Au vu de ses éléments, le recours sera rejeté et la décision sur opposition de l'assureur du 21 mai 2003 confirmée.

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. Confirme la décision sur opposition de l'assureur du 21 mai 2003 ;

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 qu'elle 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).

Le greffier :	La Présidente :
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe