

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3733/2007

ATAS/163/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 12 février 2008

En la cause

Madame S _____, domiciliée à AVULLY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Van LOON J. Potter

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Teresa SOARES et Bertrand REICH, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après: la recourante), est depuis 1992 enseignante à Genève. De ce fait, elle est assurée obligatoirement selon la LAA auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
2. En date du 18 janvier 2005, la recourante à été victime d'un accident sur son lieu de travail: elle a été violemment heurtée par l'arrière par un élève qui courait à pleine vitesse dans les couloirs de l'école. Dans sa déclaration d'accident du 20 janvier 2005, la recourante mentionnait: «contusions dos + épaule gauche + nuque bloquée». Dans le rapport médical LAA du 18 février 2005, la Dresse A_____, consultée le 20 janvier 2005, a constaté des contractures des trapèzes et des douleurs à la palpation au niveau du sus-épineux gauche, a diagnostiqué des contusions et a attesté d'une incapacité de travail totale du 20 au 24 janvier 2005. Le traitement, terminé à fin janvier 2005, a consisté en repos, AINS et myorelaxants. Selon la prescription de la Dresse A_____, la recourante a par la suite effectué neuf séances de physiothérapie du 28 janvier aux 9 mai 2005. Il n'y a pas eu de radiographie cervico-dorsale.
3. En date du 11 février 2005, la SUVA a confirmé à la recourante la prise en charge des suites de l'accident du 18 janvier 2005.
4. Le 16 février 2007, la recourante a fait annoncer à la SUVA une rechute. Dans le rapport médical LAA pour rechute du 20 avril 2007, la Dresse A_____ a constaté des douleurs au niveau du para-omoplate gauche et une contracture des trapèzes et a diagnostiqué des contusions cervico-dorsales avec contractures. Elle a à nouveau prescrit du repos, des AINS, du Sirdalud ainsi que de la physiothérapie.
5. Lors d'un entretien sur son lieu de travail le 7 mai 2007, la recourante a indiqué à l'inspecteur accidents de la SUVA que lors de l'accident du 18 janvier 2005, sous l'effet du choc, elle avait effectué un mouvement de va-et-vient avec la tête, d'avant en arrière, du type « coup du lapin ». Sur le moment elle avait été choquée, mais elle n'avait pas perdu connaissance et n'était pas tombée. Malgré les traitements, elle n'avait jamais pu se remettre complètement des séquelles accidentelles. Les douleurs à la nuque (raideur), aux épaules jusqu'aux coudes (à droite) et les maux de tête étaient devenus chroniques et s'étaient progressivement accentuées à partir de janvier 2007. Elle n'avait pas été en incapacité de travail, mais elle poursuivait son traitement sous forme de séances de physiothérapie, à sec et en piscine, de médicaments anti-inflammatoires et antidouleurs.

À cette occasion, la recourante a remis à l'inspecteur deux radiographies de la colonne cervicale réalisées le 24 novembre 2006.

6. Le 23 mai 2007, la SUVA a informé la recourante que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, il n'existait pas de lien de causalité avérée ou probable entre l'accident et les lésions annoncées. Par courrier du 7 juin 2007, la recourante a contesté cette appréciation et invité la SUVA à revoir sa position.
7. Le 19 juin 2007, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie, a établi un rapport d'appréciation médicale. Il est parvenu à la conclusion que la déclaration de rechute ne pouvait être acceptée, "étant donné l'absence de lésion organique structurelle révélée à la suite de l'accident, le délai écoulé et l'absence de révélation d'une lésion méconnue au départ".
8. Par décision du 22 juin 2007, la SUVA, sur la base de cette appréciation, a nié l'existence du lien de causalité entre l'accident et les lésions et a ainsi refusé d'intervenir.
9. Par décision du 31 août 2007, notifiée le 4 septembre 2007, la SUVA a rejeté l'opposition formée le 17 juillet 2007 par la recourante. En substance, les arguments invoqués par la recourante ne permettaient pas de s'écarter de l'avis du médecin d'arrondissement. Ainsi, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles pour lesquels elle avait consulté la Dresse A_____ début 2007 devait être nié.
10. Par acte posté le 4 octobre 2007, la recourante a interjeté recours devant le Tribunal de céans contre la décision sur opposition du 31 août 2007. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquat entre l'accident et la rechute, ainsi qu'à la condamnation de la SUVA à la prise en charge des frais de traitement consécutifs à cette rechute, avec suite de dépens. Elle conteste la valeur probante de l'appréciation du Dr B_____ du 19 juin 2007 et sollicite, préalablement, une expertise médicale par un spécialiste en neurologie.
11. Dans sa réponse du 30 octobre 2007, la SUVA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Selon l'intimée, il n'est pas nécessaire de mettre en place un examen neurologique, dans la mesure où la recourante ne présente aucun trouble permettant de suspecter une atteinte de cet ordre. En substance, la SUVA rappelle que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est longue, plus les exigences quant à la preuve du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. De plus, l'appréciation du médecin d'arrondissement répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.
12. Par courrier du 5 novembre 2007, le Tribunal de céans a invité la Dresse A_____ à documenter la thèse selon laquelle les douleurs et les contractures ressenties actuellement par sa patiente seraient une conséquence naturelle de l'accident de janvier 2005.

13. Le médecin traitant a répondu le 12 novembre 2007 que "le lien de causalité entre l'accident et le problème actuel de douleurs chroniques est difficile à affirmer de manière certaine. Toutefois la fréquence des épisodes douloureux au niveau de la nuque, suite à l'accident, nécessitant un traitement spécifique parle en faveur de ce lien de causalité. Les problèmes de douleurs récidivantes au niveau de la nuque sont fréquents après les accidents impliquant la colonne vertébrale cervicale. Ils sont une «conséquence naturelle» de tels accidents". La Dresse A _____ a précisé que le 24 novembre 2006, vu la persistance des nuchalgies à répétition, elle avait fait des radiographies qui montraient "une raideur cervicale et un début de discopathie au niveau de C4/C5".
14. Invitées à se prononcer sur l'avis du médecin traitant, les parties ont persisté dans leurs conclusions. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Dans la mesure où l'annonce de rechute date de 2007, la LPGA (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003) est applicable au cas d'espèce, tant pour ce qui concerne le fond, que la procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir s'il existe un rapport de causalité entre l'accident de 2005 et la rechute annoncée en 2007.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives 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 maladie 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 consid. 3a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement 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 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 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; 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 la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss, consid. 3b). Il

convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que 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 125 V 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des

soupons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1).

S'agissant enfin de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

7. En l'espèce, il convient de constater préalablement que la situation médicale de la recourante est claire et qu'il n'est ainsi ni nécessaire, ni utile d'ordonner une expertise neurologique. Il sera rappelé à cet égard que, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4), ce qui n'est manifestement pas le cas en l'occurrence.
8. Cela étant, le Tribunal constate que l'appréciation médicale du Dr B_____ du 19 juin 2007 remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical et prend en considération les plaintes de la recourante (qui a été entendue par un inspecteur de la SUVA). De plus, le point litigieux a fait l'objet d'une étude circonstanciée. La description du contexte médical pertinent et l'appréciation de la situation médicale en relation avec l'accident sont claires et les conclusions du médecin sont dûment motivées. On ajoutera par ailleurs que le grief tiré du fait que ce praticien n'a pas examiné personnellement la recourante doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d), ce qui est le cas en l'occurrence, puisque le dossier comprend les diagnostics du médecin traitant. Ainsi, il sied de retenir, avec le médecin d'arrondissement de la SUVA, que la rechute annoncée en 2007 n'est pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 18 janvier 2005.

L'avis de la Dresse A_____ ne permet pas une appréciation différente. D'abord, elle n'établit pas l'existence d'un traitement suivi entre 2005 et 2007, malgré la demande du Tribunal de céans. Au contraire, elle admet que "le lien de causalité entre l'accident et le problème actuel de douleurs chroniques est difficile à

affirmer de manière certaine". Son affirmation selon laquelle les douleurs au niveau de la nuque sont une conséquence naturelle d'accidents impliquant la colonne vertébrale cervicale apparaît dictée par le principe «post hoc, ergo propter hoc», auquel le juge n'accorde aucune valeur probante. De plus, le médecin traitant fait état d'une discopathie, qui est par nature dégénérative. Il est rappelé à cet égard qu'une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal n'est admise que dans des cas exceptionnels (ATFA non publié U 179/03 du 7 juillet 2004, consid. 4.4.2). En l'occurrence, les radiographies prises en novembre 2006 ne révèlent aucun indice en faveur d'une lésion d'origine traumatique, comme le précise le Dr B_____.

Enfin, les allégations de la recourante sur l'existence d'une lésion du type "coup du lapin", faites pour la première fois en mai 2007, sont tardives. Sur cette question, il convient de souligner d'abord qu'en présence de versions différentes au sujet des circonstances d'un accident, il faut, selon la jurisprudence, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2, n° U 518 p. 436 consid. 4.2 et n° U 519 p. 440 consid. 3.2; VSI 2000 p. 201 consid. 2d; ATFA non publié du 30 décembre 2004, U 97/04). En tout état, en matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (ATF 119 V 335, 117 V 359), de traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67) ou de traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la vue, de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, 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 de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ss consid. 2, 117 V 360 ss consid. 4b). Or, ni la recourante, ni le médecin traitant n'ont fait état en 2005 de plaintes du type de celles rappelées ci-dessus, de sorte que la causalité naturelle devrait de toute façon être niée.

Dans la mesure où il est établi au degré de vraisemblance requis que les troubles présentés par la recourante depuis début 2007 ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 18 janvier 2005, toute prestation est effectivement exclue, sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner la condition de la causalité adéquate.

9. Mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Di 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :
Ivo BUETTI

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