Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
U 157/01 /Tn

Arrêt du 9 juillet 2002
IVe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Rüedi et Ferrari. Greffier : M. Vallat

Parties
M._____, recourant, représenté par Me Mauro Poggia, avocat, rue de Beaumont 11, 1206 Genève,

contre

GENERALI Assurances Générales, 1, rue de la Fontaine, 1211 Genève 3, intimée,

Instance précédente
Tribunal administratif du canton de Genève, Genève

(Jugement du 6 mars 2001)

Faits :
A.
M._____, né en 1960, a été employé depuis le 6 février 1989 au service technique de l'Hôtel X._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de l'Union Suisse Assurances, devenue depuis lors Generali Assurances Générales (ci-après: Generali).

Victime d'un accident de la route le 18 janvier 1992, il a souffert d'une hernie diaphragmatique gauche traumatique, ainsi que d'une contusion pulmonaire et de fractures costales à gauche. Après une opération en urgence et un traitement de physiothérapie respiratoire, l'évolution a été considérée comme très favorable et l'assuré a pu reprendre son activité à 100 % dès le 22 juin 1992.

Au mois de décembre 1996, M._____, qui ressentait des douleurs à l'épaule gauche, a été opéré pour une double hernie cervicale C6-C7. Il a repris son activité professionnelle à temps complet en mars 1997.

Le 16 août 1997, alors qu'il se rendait à son travail en voiture, il a percuté à un carrefour le côté gauche d'un véhicule non prioritaire surgi de sa droite. Bien qu'ayant pu prendre son service le soir même, l'assuré, qui se plaignait de douleurs à la colonne vertébrale et de difficultés à respirer, s'est rendu à la Policlinique de l'Hôpital Y._____ le jour suivant et a consulté le docteur A._____ le surlendemain. Les radiographies réalisées immédiatement après l'accident n'ont pas mis en évidence de lésions post-traumatiques récentes (rapport du docteur A._____, du 29 août 1997). Par la suite, les douleurs et contractures dorso-lombaires, dont l'assuré se plaignait avant l'accident déjà, se sont estompées sous l'effet du traitement (rapport du docteur A._____, du 25 septembre 1997) et l'assuré a repris son travail à plein temps dès le 22 septembre 1997.

Ensuite de la résurgence de douleurs cervicales et après que l'assuré eut consulté plusieurs médecins - sur

les conclusions et explications desquels on reviendra dans les considérants de droit du présent arrêt -, Generali demanda aux docteurs B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, de se prononcer sur le cas.

Dans un rapport du 20 avril 1998, le premier nommé a conclu à l'existence d'un trouble psychogène (trouble d'adaptation - réaction mixte) n'altérant pas la capacité d'exercer une activité professionnelle, mais justifiant encore la prise en charge d'un traitement par l'assurance-accidents pour une durée de trois mois depuis lors.
Sur le plan physique, le docteur C._____ n'a pas constaté de signes objectifs de pathologie vertébrale cervicale et lombaire susceptibles d'expliquer les plaintes de l'assuré, dont les douleurs n'entretenaient plus avec l'accident qu'un rapport de causalité naturelle possible. Toujours selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré dans sa profession est entière depuis le 21 septembre 1997 et plus aucun traitement médical n'est nécessaire (rapport du 17 juillet 1998).

Après avoir donné à l'assuré l'occasion de se déterminer sur ces deux derniers rapports médicaux, Generali a, par décision du 29 avril 1999 et décision sur opposition du 16 septembre 1999, mis fin à ses prestations au 21 septembre 1997 pour les indemnités journalières, au 31 octobre 1997 pour le traitement des suites rhumatologiques et au 31 juillet 1998 pour les suites psychiques, invoquant l'absence de lien causalité naturelle entre les douleurs cervicales et l'accident du 16 août 1997.
B.
Par jugement du 6 mars 2001, le Tribunal administratif du canton de Genève a rejeté le recours formé contre cette décision par l'assuré.
C.
Ce dernier interjette recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation ainsi que, principalement, au renvoi de la cause à l'autorité judiciaire cantonale afin qu'elle ordonne une expertise médicale et, subsidiairement, à ce que Generali soit condamnée à poursuivre le versement de ses prestations en raison de l'incapacité de travail résultant des accidents des 18 janvier 1992 et 16 août 1997.

Generali a conclu, avec suites de frais et dépens, au rejet du recours, cependant que la Caisse vaudoise (Groupe Mutuel Assurances), interpellée en qualité d'assureur-maladie, et l'Office fédéral des assurances sociales ne se sont pas déterminés.
D.
Par courrier du 6 mai 2002, M._____ a encore produit un lot de pièces médicales.

Considérant en droit :
1.
Adressé au recourant sous pli recommandé, le jugement du 6 mars 2001 a été retiré par ce dernier le 19 et non le 17 mars 2001 comme indiqué par erreur dans son mémoire de recours. Remis à un bureau de poste suisse à l'adresse du Tribunal de céans le 2 mai 2001, soit dans le délai de recours de 30 jours (art. 106 al. 1 en corrélation avec l'art. 132 OJ), suspendu du 8 au 22 avril 2001 (art. 34 al. 1 let. a en corrélation avec l'art. 135 OJ), le présent recours a été interjeté en temps utile.
2.
Le litige a pour objet le droit du recourant au versement par l'intimée de prestations de l'assurance-accidents obligatoire. Il s'agit, singulièrement, de déterminer s'il subsiste un rapport de causalité entre les affections physiques et psychique dont il se plaint et un événement accidentel assuré par l'intimée au-delà des dates auxquelles cette dernière a mis fin au versement des indemnités journalières et des prestations pour soins.
3.
3.1 Le recourant fait tout d'abord grief aux premiers juges de n'avoir pas ordonné la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise médicale. Sur le plan formel, il relève que les noms des experts appelés par l'intimée à se prononcer sur son cas (les docteurs B._____ et C._____) ne lui ont pas été communiqués, non plus que les missions confiées à ces derniers. Ce grief, relatif au droit d'être entendu (cf. infra consid. 3.3) et, partant, susceptible d'amener la cour de céans à accueillir le recours sur ce point et à renvoyer la cause à l'autorité cantonale sans examen du litige sur le fond, doit être examiné en premier lieu (ATF 124 V 92 consid. 2, 119 V

210 consid. 2).
3.2 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 125 V 334 consid. 3a, 124 I 51 consid. 3a, 242 consid. 2, 124 II 137 consid. 2b, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 183 consid. 4a, 392 consid. 5a et les références).
3.3 La LAA ne contient pas de normes relatives à l'administration des preuves ou au droit des parties de collaborer à l'instruction de leur cause. Il faut dès lors s'en remettre aux règles de la PA qui s'appliquent non seulement à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, mais également, par analogie, aux assureurs privés autorisés à pratiquer l'assurance-accidents obligatoire à teneur de l'art. 68 al. 1 LAA (ATF 120 V 361 consid. 1c).

Aux termes de l'art. 19 PA, les art. 37, 39 à 41 et 43 à 61 PCF sont applicables par analogie à la procédure probatoire. Lorsqu'il ordonne une expertise, l'assureur-accidents doit s'en tenir à la procédure prévue aux art. 57 ss PCF, veillant de la sorte à ce que les parties puissent collaborer à l'administration des preuves (RAMA 1993 no U 167 p. 96 consid. 5b). L'assureur doit, ainsi, donner à l'assuré l'occasion de s'exprimer sur le libellé des questions à poser à l'expert et de proposer des modifications et des adjonctions (art. 57 al. 2 PCF). Au surplus, il doit lui laisser la possibilité de faire des objections à l'encontre des personnes qu'il se propose de désigner comme experts (art. 58 al. 2 PCF). Enfin, l'assuré doit avoir la faculté de requérir des éclaircissements et des compléments ou une nouvelle expertise (art. 60 al. 1 PCF; ATF 120 V 360 consid. 1b; RAMA 1996 n°U 265 p. 291 consid. 2b). Le droit d'une partie de se déterminer sur un rapport d'expertise découle du reste de son droit d'être entendue (ATF 120 V 362 consid. 1c), garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., la jurisprudence développée en relation avec l'art. 4 aCst. demeurant, pour le surplus, applicable sous l'empire de la nouvelle constitution fédérale (ATF 127 V
431 consid. 2b/cc, 126 V 130 consid. 2a).

Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 99 LAA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 105 LAA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer les droits que lui confèrent les art. 57 ss PCF, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 363 consid. 2b; RAMA 1996 n°U 265 p. 294 consid. 3c).
3.4 En l'espèce, le recourant n'a pas été informé préalablement des noms des experts et de leurs missions respectives. Par lettre du 5 août 1998, l'intimée lui a toutefois donné la possibilité de consulter le rapport du docteur C._____. De même, par lettre du 24 septembre 1998, elle l'a informé que, sans nouvelles de sa part dans un délai de 20 jours, elle rendrait une décision formelle mettant fin au versement de ses prestations, conformément aux conclusions des rapports des docteurs C._____ et B._____. Le recourant a eu ainsi la possibilité de participer à l'administration des preuves antérieurement déjà à la décision administrative et par conséquent aussi à la procédure formelle d'opposition, ce qu'il a fait, par lettre du 8 octobre 1998. Dans ce courrier, sans soulever ni motif de récusation ni grief relatif à la compétence des experts, et, par ailleurs, sans demander que des questions complémentaires soient posées, il s'est borné à invoquer divers arguments en relation avec d'autres pièces médicales figurant au dossier.

On doit ainsi considérer que les dispositions des art. 57 ss PCF n'ont pas été respectées lors de la mise en oeuvre des expertises. En revanche et dès lors que le recourant a été en mesure de prendre position sur ces expertises et de faire valoir ses objections avant toute décision, le vice ne revêt pas, dans ces circonstances, une gravité particulière si bien qu'il y a lieu d'en admettre la guérison.
4.

Sur le fond, le jugement entrepris expose correctement les principes généraux régissant l'exigence de causalité naturelle et adéquate, ainsi que les critères posés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre un trouble psychique et un accident, si bien qu'il suffit d'y renvoyer sur ces différents points.

En relation avec les prestations dont le recourant prétend le versement (prestations pour soins, remboursement de frais et indemnités journalières), il convient toutefois d'ajouter qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, ces dernières ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident assuré. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine) (cf. RAMA 1992 n°U 142 p. 75 consid. 4b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; Debrunner / Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung,
Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le status quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'incombe pas à l'assuré mais à l'assureur (cf. RAMA 1994 n°U 206 p. 328 consid. 3b).
Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n°U 363 p. 45, consid. 3a et la référence citée).
5.
5.1 En ce qui concerne les cervico-scapulalgies dont se plaint le recourant, force est de constater qu'aucune des pièces médicales figurant au dossier ne permet d'attester l'apparition ou l'aggravation d'une lésion postérieurement à la cure de hernie discale de 1996 et, en particulier, après l'accident de 1997. Le docteur A._____, qui ne fait état de plaintes à ce sujet ni dans son rapport médical initial du 29 août 1997, ni dans son rapport du 25 septembre 1997, mentionne encore, dans un rapport du 15 octobre 1998 que ce n'est que lors de sa consultation du 16 septembre 1997 que le recourant s'est plaint de cervico-scapulalgies gauches mal définies. Toutefois, seules des douleurs musculaires diffuses à la palpation ont pu être constatées par ce médecin. Sur ce point, ni le rapport du docteur D._____, du 11 décembre 1997, ni ceux émanant du docteur E._____, des 19 décembre 1997 et 18 mai 1999, dans lesquels ce dernier se borne à suggérer l'existence d'un début d'instabilité cervicale et à affirmer qu'à son avis l'accident du 16 août 1997 aurait aggravé un état déjà pathologique, n'apportent, non plus de constatations objectives en relation avec des lésions traumatiques ni d'éléments concrets permettant de mettre en
lumière l'aggravation traumatique d'une lésion préexistante. Il ressort, au contraire, des examens réalisés par le docteur F._____, le 16 octobre 1997, qu'après l'accident, le recourant ne présentait pas de lésion osseuse traumatique visible, mais un trouble de la dynamique à la hauteur de la charnière occipito-cervicale des segments C0-C1 et C1-C2 sans lésion ligamentaire démontrable, ainsi qu'une ankylose post-opératoire C6-C7 (rapport du 13 octobre 1998). Le docteur G._____ indique, de même, dans un rapport du 7 novembre 1997 que l'examen myographique du membre supérieur gauche a permis d'observer des signes de dénervation d'aspect subaigu à chronique, dans le myotome C7, mais aucun signe lésionnel dans les myotomes sus et sous-jacents (C8).

Ces rapports médicaux confirment ainsi les conclusions du docteur C._____ qui indique, dans le rapport d'expertise du 17 juillet 1998 n'avoir trouvé aucun signe objectif de pathologie vertébrale, en particulier cervicale, même en présence de manifestations intempestives à la douleur évoquée ou provoquée. Ce médecin

relève, par ailleurs, que les modifications anatomiques observées à l'imagerie médicale n'expliquent pas non plus les douleurs, puisqu'elles sont antérieures à l'événement accidentel et étaient, jusqu'alors, demeurées asymptomatiques.

Il s'ensuit qu'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 1997 et les problèmes cervicaux dont se plaint le recourant ne peut être considéré comme établi au stade de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales (ATF 116 V 140 consid. 4b, 114 V 305 consid. 5b, 111 V 201 consid. 6b; RAMA 1990 no U 86 p. 50).
5.2 En ce qui concerne la pathologie lombaire, les examens par imagerie médicale réalisés le 13 juin 1997, soit antérieurement à l'accident d'août 1997, ont révélé une protrusion discale de D12-L1, une hernie discale L1-L2 comprimant le fourreau dural ainsi que des lésions dégénératives de D12 à L2, toutes déjà présentes sur les clichés effectués après l'accident de 1992 (rapport du docteur A._____, du 25 septembre 1997). Il ressort, par ailleurs, du rapport du docteur C._____ que les examens réalisés après l'accident d'août 1997 montraient des lésions dégénératives de D12 à L2 superposables à l'examen précédent. Force est ainsi d'admettre que, sur le plan lombaire, le status quo ante était atteint à tout le moins au moment où le docteur C._____ a procédé aux examens sur lesquels il a fondé ses conclusions, si bien qu'un rapport de causalité naturelle avec l'accident d'août 1997 doit être nié.
5.3 A titre subsidiaire, le recourant plaide l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre les affections précitées et le premier accident dont il a été victime en janvier 1992.

A cet égard, il convient de relever qu'aucune pièce médicale figurant au dossier ne fait état, dans le contexte de cet accident, de lésions lombaires ou cervicales, ou même de plaintes en relation avec ces régions du corps. En l'absence de tout autre élément médical susceptible de l'étayer, la thèse du recourant est, au demeurant, infirmée, tout d'abord en ce qui concerne les lésions lombaires, par les constatations du docteur C._____. Selon ce médecin, en effet, l'aspect des lésions dégénératives de D12 à L2 pourrait traduire des séquelles post-traumatiques remaniées par le processus dégénératif, qui sont antérieures à l'accident sur la voie publique de janvier 1992. Par ailleurs, toujours selon ce médecin, les cervico-brachialgies gauche doivent être rapportée à une ankylose secondaire à l'opération de Cloward (cure de hernie discale C6-C7) que le recourant a subie en 1996. Ces différents éléments permettent ainsi d'exclure l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec l'accident de 1992 sans qu'il soit, pour le surplus, nécessaire de compléter l'instruction sur ce point.
6.
En ce qui concerne les troubles psychiques, le docteur B._____ conclut, dans son rapport du 20 avril 1998, à l'existence d'un trouble d'adaptation - réaction mixte sans influence sur l'exercice d'une activité professionnelle et justifiant encore, tout au plus, trois mois de traitement depuis lors. Cette conclusion fait suite à un examen minutieux des données anamnestiques et des plaintes émises par le recourant, ainsi que des constatations que ce psychiatre a pu collecter au cours de deux entretiens. Elle procède par ailleurs d'un diagnostic différentiel au terme duquel le docteur B._____ a exclu un trouble somatoforme douloureux, la qualification de trouble d'adaptation correspondant mieux, à ses yeux, à la situation clinique du patient. La cour de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de ce rapport qui répond à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour lui reconnaître pleine force probante (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'il est vrai que, dans un rapport du 14 juillet 1999, le docteur H._____, psychiatre-psychothérapeuthe FMH retient, pour sa part, l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, justifiant, selon lui, une incapacité de travail de 50 %, ce
document ne comporte aucune motivation substantielle et n'apporte, en particulier aucun élément concret permettant de remettre en cause le diagnostic et les conclusions du docteur B._____.

Il s'ensuit, compte tenu, d'une part, de l'absence d'influence avérée des troubles psychiatriques sur la capacité de travail du recourant et, d'autre part, de la durée du traitement préconisée par le docteur B._____, que l'intimée ne pouvait être tenue de poursuivre le versement de ses prestations pour soins et des indemnités journalières, en relation avec cette affection psychiatrique, au-delà du moment auquel elle l'a interrompu. Il n'est, dès lors, pas nécessaire d'examiner, pour le surplus, le lien de causalité entre cette affection et l'événement accidentel, dont l'existence n'est pas contestée par l'intimée pour la période s'étendant de l'accident au moment où elle a mis un terme au versement de ses prestations.

7.
Sauf dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures, la production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours n'est pas admise. Demeure réservé le cas où des pièces produites hors délai constituent des faits nouveaux importants ou des preuves concluantes au sens de l'art. 137 let. b OJ et pourraient, le cas échéant, justifier la révision d'un arrêt du tribunal (ATF 127 V 357 consid. 4).

Par courrier du 6 mai 2002, soit postérieurement à la clôture de l'échange des écritures, M._____ a encore déposé un lot de pièces constitué de quatre rapports établis par des spécialistes de l'Hôpital Z._____, dans le cadre d'une procédure de demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il s'agit d'un rapport neuropsychologique du 12 février 2002 (docteurs I._____, J._____ et K._____), d'un rapport d'expertise médicale du 21 février 2002 (docteurs L._____ et N._____), d'un rapport rhumatologique du 26 décembre 2001 (docteur O._____) et d'un rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2002 (docteurs K._____ et P._____).

Dans la mesure où ils ne se prononcent d'aucune manière sur l'existence d'un rapport de causalité entre une affection et un événement accidentel, les rapports neuropsychologique et rhumatologique n'apportent aucun élément pertinent pour la solution du présent litige.

Dans leur rapport du 21 février 2002, les docteurs L._____ et N._____ émettent certes des critiques à l'égard des conclusions du docteur C._____ sur l'absence de causalité naturelle entre les cervicalgies et l'accident. Ces médecins n'apportent cependant, eux non plus, aucun élément concret et nouveau permettant d'établir l'existence de nouvelles lésions traumatiques ou l'aggravation de lésions traumatiques préexistentes (cf. supra, consid. 4 et 5). Il n'y a, dès lors, pas lieu de prendre en compte dans la présente procédure cette pièce, dont le contenu procède, tout au plus, d'une appréciation différente des faits, qui ne saurait justifier une révision. Il en va, enfin, de même de l'expertise psychiatrique qui porte certes une appréciation plus défavorable que celle du docteur B._____ sur la capacité de travail du recourant mais ne motive une incapacité totale de travail dans l'ancienne profession que par les seuls échecs de tentatives antérieures de reprendre cette activité.
8.
L'intimée a conclu au rejet du recours avec suite de dépens. Bien qu'obtenant gain de cause, elle ne peut toutefois, en sa qualité d'organisme chargé de tâches de droit public, prétendre l'allocation de dépens (art. 159 al. 2 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce :

1.
Le recours est rejeté.
2.
Il n'est pas perçu de frais de justice.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, à la La Caisse Vaudoise (Groupe Mutuel Assurances), au Tribunal administratif du canton de Genève et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 9 juillet 2002
Au nom du Tribunal fédéral des assurances
La Présidente de la IVe Chambre: Le Greffier: