

Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause
{T 7}
U 80/05

Arrêt du 18 novembre 2005
Ile Chambre

Composition
MM. les Juges Borella, Président, Schön et Frésard. Greffier : M. Piguet

Parties
C. _____, recourant,

contre

SWICA Assurances SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, intimée

Instance précédente
Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg, Givisiez

(Jugement du 7 décembre 2004)

Faits:

A.

A.a C. _____, né en 1964, travaille en qualité de délégué médical pour le compte de l'entreprise X. _____ SA. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Swica Assurances SA (ci-après : la Swica).

Le 18 septembre 2000, le prénommé a été victime d'un accident de la circulation : alors qu'il était arrêté à un feu rouge, son véhicule a été percuté par l'arrière par une autre voiture. Il a subi un traumatisme par mécanisme de type « coup du lapin ». Consulté le 22 septembre 2000, le docteur T. _____, chiropraticien, a fait état d'un syndrome cervical, d'un dysfonctionnement scapulo-huméral gauche et droite, d'un dysfonctionnement des poignets des deux côtés, de céphalées et d'un dysfonctionnement sacro-iliaque droite (rapport du 13 octobre 2000).

Le 10 janvier 2001, l'assuré a été victime d'un second accident (chute à cheval), qui a entraîné une contusion du coude et de la hanche droite, ainsi que de la colonne cervicale.

La Swica a pris en charge les deux cas précités.

A.b Du 26 septembre 2001 au 10 février 2002, C. _____ a présenté une incapacité totale de travail en raison de douleurs persistantes à la nuque. Dans un premier temps, son employeur s'est adressé à son assurance perte de gain en cas de maladie, puis a annoncé le cas comme rechute du premier accident à la Swica. Consultés le 24 janvier 2002 par l'assuré, les docteurs B. _____ et M. _____, médecins à la Clinique Y. _____, ont diagnostiqué un syndrome cervico-brachial gauche post-traumatique avec status après traumatisme par accélération de la colonne cervicale, développement d'un syndrome myofascial étendu de la ceinture scapulo-humérale (points gâchettes) au niveau du grand dorsal gauche, syndrome de la 4ème vertèbre thoracique, dysfonctionnement plurisegmentaire hypomobile de la jonction cervico-thoracique et suspicion clinique de tunnel carpien droit (rapport du 24 janvier 2002). A leur avis, l'état de santé actuel de l'assuré résultait clairement du traumatisme de la colonne cervicale subi le 18 septembre 2000 (rapport du 5 mars 2002).

La Swica a alors confié une expertise aux médecins du Centre Multidisciplinaire de la Douleur de la Clinique Z. _____, lesquels ont conclu, dans un rapport du 28 février 2003, que la relation entre les troubles ressentis par l'assuré et l'accident était, tout au plus, possible.

Par décision du 23 juillet 2003, confirmée sur opposition le 15 mars 2004, la Swica a refusé d'octroyer des prestations d'assurance pour les suites de la rechute annoncée le 23 novembre 2001.

B.

Par jugement du 7 décembre 2004, le Tribunal administratif du canton de Fribourg a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 15 mars 2004.

C.

C. _____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement, dont il demande l'annulation. La Swica conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:

1.

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles présentés depuis le mois de septembre 2001 et annoncés comme rechute de l'accident subi le 18 septembre 2000.

1.1 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

1.2 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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).

1.3 L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 sv. consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

2.

A la suite de l'accident dont il a été victime le 18 septembre 2000, le recourant a souffert de douleurs cervicales et à l'épaule gauche; le traitement a consisté en des manipulations réalisées par le docteur T. _____ et a pris fin, selon les indications de l'assurance, le 3 avril 2001. Durant cette période, le recourant n'a pas présenté d'incapacité de travail.

Au mois de septembre 2001, le recourant a dû interrompre son activité professionnelle en raison de l'apparition de céphalées, pouvant provoquer un sentiment vertigineux et, parfois, des vomissements, ainsi que de la persistance de cervicalgies et de douleurs au membre supérieur gauche, avec phénomènes de paresthésies au niveau des 4ème et 5ème doigts. Les divers examens spécialisés requis par le docteur T. _____ (IRM cérébrale du 2 octobre 2001, IRM cervicale du 3 octobre 2001, examen neurologique du 5 octobre 2001, IRM lombaire du 8 octobre 2001) n'ont pas permis d'objectiver les douleurs ressenties par le recourant. Selon les docteurs B. _____ et M. _____, le syndrome cervico-brachial gauche avec paresthésies dans les 4ème

et 5ème doigts de la main ne s'expliquait pas par des considérations d'ordre neurologique, mais trouvait bien plutôt son origine dans un syndrome myofascial de la ceinture scapulo-humérale (rapport du 24 janvier 2002). L'atteinte a été traitée par manipulations et infiltrations du muscle grand dorsal (selon la thérapie neurale des points gâchettes) et du nerf médian. Cela a permis de rendre le recourant provisoirement asymptomatique, la pathologie nécessitant toutefois un traitement régulier.

Reconnu

entièrement incapable de travailler du 26 septembre 2001 au 10 février 2002, le recourant a repris son activité lucrative, à 50 % d'abord, puis à plein temps à partir du mois d'avril 2002.

A la question de savoir si les troubles décrits étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident litigieux, les spécialistes de la Clinique Y. _____ ont indiqué que l'état de santé du recourant résultait très clairement du traumatisme de la colonne vertébrale subi le 18 septembre 2000, dès lors que le recourant ne présentait aucun symptôme avant l'événement accidentel. Un dysfonctionnement vertébral traumatique du type de celui qui a été constaté chez le recourant provoquait d'ailleurs, dans la plupart des cas, un syndrome myofascial, pareil à celui qui était en l'espèce responsable des troubles ressentis par le recourant (courrier du 5 mars 2002).

Les experts de la Clinique Z. _____ ont pour leur part retenu le diagnostic de syndrome algodysfonctionnel cervico-dorsal avec points gâchettes et ont considéré que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'accident était possible, sans plus, au vu du laps de temps écoulé entre l'événement accidentel et l'apparition des troubles et le fait que de telles atteintes fonctionnelles étaient fréquentes et pouvaient être engendrées par des gestes simples et quotidiens. Concernant les troubles sensitifs au niveau du membre supérieur gauche, il s'agissait d'une irritation du nerf cubital au coude et du nerf médian au niveau du poignet, sans relation avec l'accident du 18 septembre 2000.

3.

En l'espèce, il convient de se rallier aux conclusions des médecins de la Clinique Z. _____. Au regard de la multiplicité des étiologies possibles, le fait qu'un dysfonctionnement vertébral traumatique puisse très souvent être à l'origine d'un syndrome myofascial n'est pas encore un indice suffisant pour admettre l'existence du lien de causalité litigieux ou sa vraisemblance prépondérante. Les explications des docteurs B. _____ et M. _____ sont à cet égard trop sommaires et générales, d'autant plus qu'il ressort du rapport d'expertise, en particulier de l'anamnèse de l'assuré, que la santé de celui-ci se serait détériorée à la suite d'un traitement d'ostéopathie subi en septembre 2001. De plus, au vu de la longue période de latence (près d'une année) qui a précédé la rechute et l'incapacité de travail, on peut sérieusement douter que les troubles présentés par le recourant puissent être attribués à un traumatisme accidentel du type de celui subi par le recourant (voir RAMA 2000 n° U 359 p. 29). Retenant que l'accident ne pouvait être que la cause de l'état actuel du recourant, les médecins de la Clinique Y. _____ ont tenu en réalité un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

Le recourant doit ainsi supporter les conséquences de l'absence de preuve d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident assuré et les atteintes à la santé qui ont été à l'origine de son incapacité de travail. Il en résulte que le jugement attaqué n'est pas critiquable et que le recours doit être rejeté.

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 Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 18 novembre 2005

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IIe Chambre: Le Greffier: