

GE_GERICHTE ATAS/1041/2014 vom 30. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1041_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1041/2014 du 30 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1041/2014 del 30 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 10 août 2009, à supprimer le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 1er janvier 2008. Plus précisément, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point que sa capacité de gain soit redevenue totale ou, à tout le moins, supérieure à 20%.

E. 5

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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé

A/3242/2009 - 32/47 - physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré

(ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 6

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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, 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.

E. 7

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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) selon le critère de la vraisemblance

A/3242/2009 - 33/47 - prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 8

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le

problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 9

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. En principe, le traitement médical est généralement appliqué et accordé à l'assuré jusqu'à la fixation de la rente d'invalidité (art. 19 al. 1 LAA, a contrario). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA (à savoir : let. a lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ; let. b lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ; let. c lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ; let. d lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45

A/3242/2009 - 34/47 - consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 252/01 du 17 juin 2002 consid 2a).

E. 10

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition toujours, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Cette procédure est un préalable impératif à tout refus de prestations en application de l'art. 21 al.

4 LPGA (SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance. Pour statuer sur cette question, il faut apprécier le comportement de l'assuré au regard des faits postérieurs à l'avertissement, faute de quoi l'exigence légale de l'avertissement serait vidée de son sens (ATFA non publié du 13 octobre 2005, I 457/05 consid. 4.1). Cela étant, lorsque l'activité habituelle n'est plus exigible mais que l'assuré est apte à exercer une activité adaptée, l'assureur doit, avant de mettre fin aux prestations, l'avertir et lui donner un délai suffisant pour lui permettre de trouver un emploi adapté à son état de santé (ATAS/934/2012 du 31 juillet 2012 consid. 6).

E. 11

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection

A/3242/2009 - 35/47 - de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

E. 12

a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, applicables dans une

large mesure en matière d'assurance accident (SCARTAZZINI/HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 4ème éd. 2012, 4ème éd. 2012. p. 500 n. 133), de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à

A/3242/2009 - 36/47 - l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). c) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

E. 13

a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. b) 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. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être

manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation 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. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (Arrêts du

A/3242/2009 - 37/47 - Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_709/2012 du 27 novembre 2012).

E. 14

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 (ATF 122 V 158 consid. 1b ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 368 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

A/3242/2009 - 38/47 - d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir 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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il

A/3242/2009 - 39/47 - convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les

conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 15

Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé

A/3242/2009 - 40/47 - ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 16

a) En l'espèce, les parties s'opposent sur l'évolution de l'état de santé de la recourante. Pour l'intimée, cette dernière a recouvré une capacité de travail pleine et entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, étant précisé que le statu quo sine a été atteint le 5 octobre 1998. Les troubles qui affectent encore la recourante ne sont plus dans un rapport de causalité avec l'accident de 1997, ce qui implique une suppression de toute prestation de l'assurance-accident. Quant à la recourante, elle soutient que sa situation ne s'est pas modifiée et que son incapacité de travail se maintient à 80% dans son activité habituelle. Les parties s'appuyant sur divers rapports médicaux pour parvenir à leurs conclusions respectives, il convient d'examiner leur valeur probante, étant précisé que, par appréciation anticipée des preuves, le dossier contient suffisamment de documents et de pièces médicales pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, sans que d'autres actes d'instructions soient nécessaires. b) A titre liminaire, il convient de relever que la question de la valeur probante des rapports médicaux antérieurs à 2007 peut rester ouverte, dans la mesure où la suppression des prestations par l'intimée est effective à compter du 1er janvier 2008 et que l'éclairage nouveau qu'apporte les rapports plus récents sur l'état de santé de la recourante avant 2008 consiste en réalité en une nouvelle appréciation du cas. Sur ce point, il suffit de souligner que l'avis des différents médecins consultés est concordant en ce qui concerne les diagnostics posés et l'existence du lien de causalité entre l'accident du 18 octobre 1997 et les atteintes à la santé de la recourante et que la qualité de l'expertise du Dr I _____ a été saluée par ses confrères. c) Avant que les expertises judiciaires des Drs S _____, U _____ et T _____ ne soient ordonnées, la position de l'intimée reposait sur les éléments suivants, soit : le DVD de surveillance réalisé par M. M _____, les avis du Dr N _____ des 19 octobre 2007 et 9 mars 2009 et les avis du SMR des 29 avril et 2 juillet 2009.

A/3242/2009 - 41/47 - En ce qui concerne le DVD, il sied de préciser qu'il n'appartient pas à la catégorie des documents fournis par un médecin susceptible de permettre à la chambre de céans de trancher le présent litige. Par ailleurs, si ce DVD laisse supposer une amélioration de l'état de santé de la recourante et si sa prise en compte par les médecins consultés est nécessaire et légitime, il ne saurait en aucun cas se suffire à lui-même pour déterminer de manière certaine si l'état de santé de la recourante s'est amélioré, moins encore d'établir dans quelle mesure et si sa capacité de travail est pleine et entière. Les rapports du Dr N _____ ne sont pas à proprement parler des pièces médicales sur lesquelles la chambre de céans peut se fonder pour trancher le litige qui oppose les parties. En effet, les rapports du Dr N _____ consistent en réalité en un exposé de ses convictions personnelles par rapport à la situation de la recourante et aux rapports de ses confrères et en une simple analyse descriptive des mouvements réalisés par la recourante sur le DVD, sans aucun diagnostic, aucune énumération des limitations fonctionnelles ou conclusion probante relative à la capacité de travail exigible. Quant aux avis du SMR, outre le fait qu'ils ne sont pas signés, ils apparaissent comme particulièrement lacunaires et dépourvus de motivation. On relèvera à ce propos que, conformément aux considérations qui précèdent en ce qui concerne le DVD et les rapports du Dr N _____, il est surprenant de constater que le SMR conclut à l'absence de toute limitation fonctionnelle sur cette seule base, s'écartant des expertises et rapports médicaux établis par les Drs F _____, K _____, I _____ ou encore J _____ dont il avait connaissance et qui avaient emporté son aval à l'époque de leur établissement. d) La recourante s'est appuyée quant à elle sur les rapports des Drs F _____, K _____, I _____, J _____, P _____ et O _____. Dans la mesure où les rapports des Drs I _____, J _____ et K _____ exposent la situation de la recourante respectivement

en 2000, 2003 et 2006, ils ne permettent pas à la chambre de céans de se prononcer sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré en 2008 dans une proportion suffisante pour justifier l'arrêt de ses prestations par l'intimée. Le certificat du Dr O _____ ne dispose que d'une valeur informative sur l'état du rachis cervical de la recourante, sans qu'aucun diagnostic ne soit posé ni qu'aucune limitation fonctionnelle ou capacité éventuelle de travail ne soit déterminée ou motivée, de sorte que toute valeur probante doit lui être niée. Le rapport du Dr P _____ laisse quant à lui apparaître un ton empreint d'empathie, ce qui jette incontestablement un doute quant à sa valeur probante. Quoi qu'il en soit, en sa qualité de médecin traitant, la chambre de céans doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, il sera généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour la recourante en raison de la relation de confiance qui l'unit à cette dernière. En tous les cas, le Dr P _____ fonde principalement son rapport sur les

A/3242/2009 - 42/47 - plaintes de la recourante et ne motive pas de manière satisfaisante ses diagnostics et les limitations fonctionnelles ayant une influence sur la capacité de travail de manière suffisante et convaincante. Enfin, le certificat du Dr F _____, daté du 13 mai 2009, revêt uniquement un aspect informatif sur la qualité du montage chirurgical effectué sur la recourante, point qui n'est au demeurant pas contesté dans le dossier, bien au contraire. e) La valeur probante de l'expertise du Dr S _____ a déjà été examinée et niée par la chambre de céans dans son ordonnance du 28 juin 2013 (ATAS/702/2013), de sorte qu'il est inutile de revenir sur cette question. f) Reste à examiner la valeur probante des expertises judiciaires du Dr T _____ et de la Dresse U _____. L'expertise du Dr T _____ se fonde sur l'étude d'un dossier médical et juridique complet, sur un examen clinique de la recourante, fait état de ses plaintes, expose son anamnèse et contient des diagnostics clairs et des conclusions motivées. Le Dr T _____ a interrogé des spécialistes du milieu du ski nautique et participé à une séance de ski nautique. Toutefois, le fait que l'expert retienne que la guérison complète du traumatisme de la recourante engendré par l'accident est intervenue à compter du 5 octobre 1998, les douleurs résiduelles présentées depuis lors étant exclusivement à mettre sur le compte de sa maladie d'hypermobilité articulaire, est pour le moins surprenant. En effet, compte tenu de l'extrême violence de l'accident, ce qui est attesté par tous les éléments du dossier, des lésions osseuses et ligamentaires qui en ont découlé et des deux interventions chirurgicales pratiquées par le Dr F _____, les conclusions du Dr T _____ apparaissent comme théoriques et en totale contradiction avec l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier, que leur valeur probante ait été reconnue ou non d'ailleurs. Ce n'est pas le fait que la recourante présenterait une maladie d'hypermobilité articulaire - ce que le Dr K _____ avait relevé en son temps et que la Dresse U _____ a diagnostiqué, ou que cette maladie puisse occasionner des douleurs - qui conduit la chambre de céans à formuler ces remarques, mais bien le fait que le Dr T _____ attribue à cette maladie l'ensemble des maux dont la recourante souffre depuis bientôt 16 ans. Retenir la date du 5 octobre 1998 comme la date de guérison de la recourante et de l'atteinte de son statu quo sine apparaît dès lors comme peu vraisemblable. Cela est d'autant plus vrai que le Dr T _____ justifie son analyse en se fondant sur le fait qu'à la date du 5 octobre 1998, la recourante avait repris son activité habituelle à 50%, ce qui démontrerait sa guérison une année après son accident et 6 mois après la seconde intervention chirurgicale. Pourtant, de son propre aveu, la capacité de la recourante a été abaissée par la suite, et ce par plusieurs médecins, ce qui est contradictoire, même s'il tente de le justifier au moyen de la maladie précitée. De plus, les conclusions du Dr T _____ relatives aux limitations fonctionnelles sont incontestablement contradictoires avec son analyse du cas. En effet, ce dernier

A/3242/2009 - 43/47 - attribue l'intégralité des douleurs ressenties par la recourante depuis le 5 octobre 1998 à la maladie d'hypermobilité articulaire, quand dans le même temps, il énonce une liste conséquente de limitations fonctionnelles, toutes en lien avec les lésions traumatiques liées à l'accident, qui ne concerne pas cette maladie. Il justifie les limitations fonctionnelles retenues pour « ne pas surcharger mécaniquement les zones de la colonne vertébrales situées immédiatement au-dessus et au-dessous de la zone bloquée » (entre la 3ème vertèbre thoracique et la 7ème vertèbre cervicale). Pourtant, plus en avant dans son expertise, il rejette catégoriquement toute forme de douleurs dues aux modifications de la forme de la colonne vertébrale et aux conséquences du blocage chirurgical, notamment au motif que cette zone de la colonne vertébrale traumatisée est « très peu mobile de façon naturelle », le blocage ne modifiant « donc que très peu la situation mécanique à ce niveau ». A ces éléments, s'ajoute le fait que les constatations et conclusions du Dr T_____ ne satisfont pas toujours aux exigences de clarté et de concision qui peuvent être légitimement attendues d'une expertise judiciaire. La valeur probante de son expertise doit être niée. En revanche, l'expertise de la Dresse U_____ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tient compte des plaintes exprimées par ses soins et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation de la Dresse U_____ est particulièrement limpide et concise et permet de comprendre les troubles dont souffrent la recourante et leurs conséquences sur sa capacité à exercer son activité habituelle ou une activité adaptée. Si cette expertise n'a pas été ordonnée dans le contexte des assurances-sociales, et plus particulièrement de l'assurance-accident, il ressort de son but et de la procédure en responsabilité civile dans laquelle elle a été rendue, qu'elle tend à apprécier la pertinence des évaluations médicales et des limitations fonctionnelles reconnues antérieurement en fonction de l'observation du DVD et à évaluer l'état de santé actuel de la recourante et les éventuelles limitations fonctionnelles qui en découlent. Ainsi, la Dresse U_____ répond à la question litigieuse faisant l'objet de la présente procédure. Il ressort de cette expertise que les troubles dont souffert et dont souffre encore la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 18 octobre 1997 et que son état de santé s'est considérablement amélioré par rapport à la période qui a suivi l'accident, au-delà de toute espérance. Cette amélioration est démontrée par l'étendue et la variété des activités extra-professionnelles exercées par la recourante. La Dresse U_____ a conclu que la recourante est aujourd'hui en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20% pour lui permettre des périodes de repos et d'entretien de son appareil locomoteur (exercices de tonification et de relaxation).

A/3242/2009 - 44/47 - Dans son activité habituelle, sa capacité de travail est de 50%. La situation doit être revue régulièrement, soit tous les 2 ou 3 ans, afin de ne pas manquer le virage de complications arthrosiques nécessitant de réévaluer sa capacité de travail, ses limitations fonctionnelles et l'indication à l'octroi d'une aide éventuelle pour des tâches ménagères en hauteur et en zone basse. Enfin, la recourante a besoin d'une physiothérapie régulière (3 ou 4 séances par mois) pour traiter ses dysbalances musculaires. La valeur probante de l'expertise de la Dresse U_____ ayant été reconnue, la chambre de céans n'a dès lors aucun motif de s'écarter de ses conclusions. g) Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'état de santé de la recourante s'est considérablement amélioré par rapport à sa situation après l'accident et aux pronostics des différents médecins qui l'ont examinée à l'époque. La recourante a fait face à l'adversité et aux conséquences du terrible accident qu'elle a subi

avec courage et beaucoup de volonté, ce qu'a notamment relevé la Dresse U____. C'est cette volonté, ses activités extra-professionnelles et la qualité des deux interventions chirurgicales réalisées par le Dr F_____ qui ont permis à la recourante de réaliser de tels progrès. Si l'amélioration de l'état de santé de la recourante implique nécessairement qu'une capacité de travail accrue puisse être exigée de sa part, elle ne signifie pas pour autant que les troubles en lien avec l'accident du 18 octobre 1997 aient complètement disparu. Les limitations fonctionnelles retenues et le traitement de physiothérapie préconisé par la Dresse U____ prennent ces troubles en compte et tendent à soulager davantage la recourante et à maintenir sa capacité de travail. Cette capacité est de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, dès le 1er janvier 2008 – date de la fin des prestations de l'intimée – dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par la Dresse U____, étant précisé que la capacité de travail dans son activité habituelle est de 50%. Ainsi, c'est à tort que l'intimée a supprimé l'ensemble de ses prestations au bénéfice de la recourante avec effet au 1er janvier 2008. Cela est d'autant plus vrai qu'au moment de cette suppression, l'intimée ne se fondait que sur le DVD, les rapports du Dr N____, puis, par la suite les rapports du SMR et des éléments de la procédure pénale. Ne disposant d'aucun document médical probant, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise, à tout le moins se montrer plus exigeante vis-à-vis de son médecin-conseil, dans le but d'établir dans quelle mesure l'état de santé de la recourante s'était amélioré et quelles étaient les conséquences sur sa capacité de travail. Conformément aux conclusions de la Dresse U____, l'intimée aurait dû prendre en charge trois à quatre séances par mois de physiothérapie afin de traiter les dysbalances musculaires de la recourante. Par conséquent, l'intimée devra rembourser et prendre en charge les séances de physiothérapie poursuivant ce but

A/3242/2009 - 45/47 - depuis le 1er janvier 2008 et dans cette proportion. Elle devra également prendre en charge un éventuel traitement médical en vertu de l'art. 21 al. 1 let. c et d LAA. De plus, il apparaît que l'intimée a cessé toute prestation le 13 février 2008, avec effet au 1er janvier 2008. Or, la recourante n'étant pas apte à exercer son activité habituelle à plus de 50% et pouvant exercer une activité adaptée à 100%, avec une diminution de rendement de 20%, l'intimée aurait dû l'en informer et lui octroyer un délai suffisant pour lui permettre de trouver un emploi adapté à son état de santé. Compte tenu de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, du fait qu'elle bénéficiait de la compréhension de son employeur dans l'organisation de son travail et de son temps et de sa situation médicale et personnelle, un délai de trois mois aurait été adéquat pour lui permettre une reconversion professionnelle. Dès lors, la recourante aurait dû bénéficier, dans l'intervalle, du versement de sa rente d'invalidité calculée sur les mêmes bases que celles de l'année 2007, sous réserve d'un renchérissement ou d'un autre facteur en modifiant le montant, ce jusqu'au 30 mai 2008, soit à l'issue d'un délai de 3 mois à compter du 13 février 2008. Pour le surplus, la cause doit être renvoyée à l'intimée afin qu'elle détermine le degré d'invalidité de la recourante en se fondant sur l'expertise de la Dresse U____. Compte tenu de la diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée et du fait que l'OAI a fixé le degré d'invalidité de la recourante à 34%, il est vraisemblable que le degré d'invalidité de la recourante sera supérieur à 10%, soit au degré minimal requis par l'art. 18 LAA pour ouvrir droit à une rente d'invalidité partielle. Une éventuelle rente devra être allouée à la recourante à compter du 1er juin 2008, soit à l'issue du délai de trois mois évoqué ci-dessus.

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

E. 18

La recourante obtenant partiellement gain de cause et compte tenu de la nature de la procédure et de sa complexité, une indemnité de CHF 8'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3242/2009 - 46/47 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement, dans le sens des considérants. 3. Annule la décision sur opposition du 10 août 2009. 4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité du 1er janvier 2008 au 30 mai 2008 aux mêmes conditions que celle qu'elle percevait jusqu'au 31 décembre 2007, sous réserve d'un éventuel renchérissement ou d'autres éléments influençant sa quotité. 5. Dit que la recourante a droit, à compter du 1er janvier 2008, à la prise en charge et au remboursement de trois à quatre séances de physiothérapie par mois et de tout autre traitement médical utile dans le sens des considérants. 6. Renvoie la cause à l'intimée pour le surplus, afin qu'elle procède à un nouveau calcul du degré d'invalidité de la recourante, qu'elle statue sur son éventuel droit à une rente d'invalidité à compter du 1er juin 2008 et qu'elle procède à son versement, le cas échéant. 7. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 8'500.- à titre de dépens. 8. Dit que la procédure est gratuite. 9. 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; RS 173.110); 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.

A/3242/2009 - 47/47 -

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.