

GE_GERICHTE ATAS/1512/2008 vom 19. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1512_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1512/2008 du 19 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1512/2008 del 19 dicembre 2008

Erwägungen

E. 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.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment le refus de verser des prestations à la suite de la reprise d'une incapacité de travail partielle à partir du 8 novembre 2004, sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 23 mai 2007 et a été reçue le lendemain de sorte que le délai de recours a débuté le 25 mai 2007 pour prendre fin le samedi 23 juin 2007 et être reporté au lundi 25 juin 2007 (art. 38 al. 3 et 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours a été formé en temps utile, le dernier jour du délai reporté (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident survenu le 27 septembre 2002 et l'incapacité de travail à partir du 8 novembre 2004 et annoncée le 6 janvier 2005.

E. 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-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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à

la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que

A/2509/2007 - 20/32 - 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). 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). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (Schleudertrauma, whiplash-injury), de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral 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 têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 in fine, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b.). 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. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références). Il y a toutefois lieu de revenir à cette distinction lorsque les trou-

A/2509/2007 - 21/32 - bles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de type «coup du lapin» (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b; voir également ATF 134 V 109 consid. 9.5). A l'ATF 134 V 109 consid. 9.5, le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité de l'expertise pluri- ou interdisciplinaire requise en cas de « coup du lapin ». Celle-ci doit émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en oeuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes au sujet du point de savoir si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements au sujet du point de savoir si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident.

E. 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'ins- truction 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'au- tant 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,

A/2509/2007 - 22/32 - 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). 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, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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. 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des as-

A/2509/2007 - 23/32 - 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, ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee).

E. 7

En l'espèce, l'intimée considère que l'incapacité de travail apparue en novembre 2004 n'est pas en rapport de causalité avec l'accident du 27 septembre 2002, au motif que le lien de causalité entre les troubles non spécifiques et l'accident est tout au plus possible et que, de plus, il n'existe pas de substrat organique aux troubles de la recourante hormis quelques cervicalgies et céphalées résiduelles. Pour sa part, cette dernière allègue qu'elle présente des séquelles visuelles post-traumatiques, une atteinte du tronc cérébral et une atrophie sous-corticale qui ont toutes été objectivées. Contrairement à ce que prétend l'intimée, il convient également de tenir compte des examens neuropsychologiques dans le cadre de l'examen du lien de causalité naturelle (ATF 117 V 369 consid. 3f ; ATFA non publié U 75/07 du 23 octobre 2007, consid. 4.2.1). Selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 septembre 2006, la recourante présente un status après commotion cérébrale et distorsion

cervicale simple (degré I à II) ainsi qu'un syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale persistant surchargé de facteurs anxio-gènes. Sur le plan somatique, les experts font état d'un examen clinique sans anomalie significative en dehors de troubles tout à fait atypiques caractérisés par une instabilité avec tendance à chuter en arrière aux épreuves de stabilisation et une diplopie dans le regard droit à l'examen de l'oculomotricité. Ils observent que l'IRM cérébrale du 18 juillet 2005 a été interprétée comme étant sans anomalie significative à l'exception d'une légère atrophie cortico-sous-corticale sans troubles objectivables des mouvements oculaires. De plus, cette atrophie ne peut pas être interprétée comme étant une probable séquelle post-traumatique cranio-cérébrale au motif que les légères atrophies corticales sont fréquemment décrites dans des situations tout à fait normales et que le traumatisme cranio-cérébral n'a pas été suffisamment important pour entraîner une atrophie diffuse. Sur la base des différents examens neurologiques et des IRM cérébrales, ils ne retiennent pas d'éléments sur le plan neurologique permettant de conclure à l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique. Sur le plan ophtalmologique, ils relèvent un déficit temporal supérieur partiel à l'œil droit qui a toujours été présent ainsi qu'un léger déficit parapapillaire temporal supérieur à l'œil gauche. Ils rejettent une origine post-traumatique (neuropathie optique notamment) de ce dernier déficit au motif qu'il n'y a pas de déficit pupillaire, la coloration de l'anneau neurorétinien est bonne, la fonction visuelle centrale est bonne et l'examen du fond de l'œil montre une dysversion papillaire nasale inférieure correspondant exactement au déficit partiel du champ visuel temporal supérieur. Ils considèrent que ce déficit campimétrique est congénital. Sur le plan psychique, ils ne constatent pas de troubles de la lignée dépressive, mais une anxiété

A/2509/2007 - 24/32 - manifeste. Après avoir examiné les divers tests neuropsychologiques, ils notent qu'au début les troubles ont été bien documentés, que la récupération a commencé rapidement, que dix mois après l'accident seuls subsistaient quelques signes d'anxiété, que le status cognitif était considéré comme stable presque deux ans après la reprise du travail dont une année selon un temps de travail identique à celui existant juste avant l'accident, que la neuropsychologue décrivait la patiente comme non ralentie et non fatigable alors que les tests neuropsychologiques sont un bon outil pour mesurer la fatigabilité. Selon eux, l'apparition de troubles lors de l'augmentation du temps de travail n'est pas établie au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. De plus, l'anamnèse ne permet pas de comprendre les raisons de cette symptomatologie qui est probablement très contextuelle sans qu'il soit possible de la rattacher avec un degré de vraisemblance prépondérante à l'accident de sorte que son origine est à rechercher dans une prédisposition pré-morbide. Ils considèrent que l'évolution a été caractérisée par la persistance ou l'aggravation de la symptomatologie en relation avec des facteurs psychiques indépendants de l'événement accidentel, qu'actuellement la composante psychique prédomine dans la symptomatologie qui n'est pas, au degré de vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident, qu'enfin, actuellement, la composante strictement post-traumatique de la symptomatologie est mineure. Ils admettent que quelques éléments cliniques typiques à savoir quelques cervico-céphalalgies et plaintes neuropsychologiques (fatigue) existent encore actuellement et sont en relation de causalité naturelle persistante avec l'événement accidentel, mais que l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent plus être considérées comme étant en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident depuis la reprise du travail de la recourante au même degré d'activité qu'avant l'accident, soit depuis le 5 janvier 2004. Ils

précisent que les facteurs psychiques paraissent actuellement au premier plan dans la symptomatologie. En résumé, pour les experts, l'accident a provoqué un traumatisme cranio-cérébral mineur et une distorsion cervicale simple. Il existe des troubles organiques, à savoir des légères atrophies corticales sans rapport avec l'accident et un déficit campimétrique congénital. Le tableau typique des troubles après une distorsion de la colonne cervicale est tout à fait en arrière-plan par rapport aux troubles psychiques. Les troubles actuels et l'incapacité de travail ne sont plus en relation de causalité avec l'événement accidentel depuis le 5 janvier 2004, date de la reprise de ladite activité à 100 %, et il n'y a pas de perte d'intégrité. Ce rapport d'expertise remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions procèdent en effet d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances relevantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical, des plaintes de la recourante et du status clinique. De plus, les experts ont complété le status clinique en faisant procéder à des examens complémentaires ophtalmologiques. Les experts se sont exprimés sur l'évolu-

A/2509/2007 - 25/32 - tion de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur le lien de causalité naturelle. Les réponses qu'ils ont apportées aux questions posées par les parties sont en outre exhaustives et motivées. A cet égard, ils expliquent, notamment, que quelques cervico-scapulalgies et la fatigue sont encore en rapport de causalité naturelle avec l'accident, mais que l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne permettent pas de les considérer comme étant en rapport de causalité probable avec l'accident. Autrement dit, ils admettent que les troubles peuvent correspondre à des déficits fonctionnels typiques d'un traumatisme cranio-cérébral, mais que, vu leur importance et leur répercussion sur la capacité de travail qui est nulle, cette hypothèse n'est pas probable. Par ailleurs, les experts tiennent compte des avis contraires des Drs B_____ et G_____ en expliquant pourquoi ils s'écartent de l'appréciation de ces médecins. La recourante critique l'expertise au motif que les experts ne l'ont examinée que 15 minutes chacun. Or, la durée de l'examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert. Le rôle de ce dernier consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. La durée d'observation n'entre pas dans les critères retenus par la jurisprudence pour reconnaître un caractère probant à une expertise médicale (ATF non publié 9C_461/2008, consid. 3 et ATFA non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4). De plus, la recourante fait valoir que les experts n'auraient pas tenu compte des nombreux rapports qu'elle leur a remis. Or, elle ne cite pas les documents qu'elle leur a transmis et dont ils n'auraient pas tenu compte de sorte qu'il n'est pas possible de vérifier son argumentation. Enfin, on ne voit pas en quoi les erreurs de report de divers rapports médicaux invoqués par la recourante auraient une quelconque incidence sur l'examen du lien de causalité naturelle par les experts. Etant donné que le rapport des experts ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes, il remplit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une entière valeur probante. Au demeurant, les conclusions des experts sont confirmées par deux médecins. En effet, dans son rapport du 25 juillet 2005, le Dr V_____ retient que, bien que la gravité moyenne à sévère de la commotion cérébrale n'est pas contestée, en revanche, il n'est pas établi que le traumatisme cranio-cérébral est à l'origine de la diminution des capacités cognitives de la recourante. Dans son rapport du 25 avril 2005, le Dr T_____ expose que les anomalies dans les résultats des tests neuro-psychologiques peuvent s'expliquer par des facteurs multiples, notamment par une propension préexistante à l'anxiété et par d'autres facteurs psychosociaux sans lien avec l'accident de sorte que le lien de causalité entre les

troubles non spécifiques et fluctuants avec l'accident est tout au plus possible. Ces conclusions sont également confirmées par la science médicale, selon laquelle, l'évolution post-traumatique typique pour un léger traumatisme crânio-cérébral

A/2509/2007 - 26/32 - consiste en une convalescence de six à 12 semaines (ATFA non publié U 234/03 dz 3 mai 2004, consid. 2.2).

E. 8

Le Dr B _____ conteste les conclusions des experts. Dans son rapport du 5 octobre 2006, il considère que les examens neuropsychologiques établissent l'existence de troubles objectifs et que la littérature scientifique démontre l'existence de séquelles neuropsychologiques même longtemps après un traumatisme mineur. Selon les connaissances actuelles dans le domaine du «mild head injury», la concussion cérébrale peut conduire à une atteinte axonale diffuse sans qu'il y ait nécessairement des modifications d'imagerie cérébrales et, dans les cas d'IRM positive, on trouve des signes d'atrophie cérébrale ou d'élargissement des espaces péri-vasculaires déjà 11 mois après le traumatisme. Les symptômes que la recourante présente sont en général des facteurs prédictifs de plaintes prolongées après concussion cérébrale. Lors de son audition par le Tribunal, le médecin traitant précise que les examens neuropsychologiques ne permettent pas de vérifier la capacité du patient à long terme raison pour laquelle il convient également de procéder à des tests en situation de contrainte. Pour lui, le résultat du deuxième scanner ne peut s'expliquer que par l'accident et il est formel à ce sujet en raison de la situation normale révélée par le premier scanner. Il estime que la relation de causalité naturelle est certaine entre l'accident et l'incapacité de travail totale actuelle. La recourante conteste également les conclusions des experts en se basant sur l'appréciation du Dr R _____. Dans son rapport du 15 janvier 2007, ce médecin relève la présence de difficultés cognitives évoquant une souffrance cérébrale diffuse à prédominance frontale. Il observe que les difficultés de type attentionnel et dysexécutif constatées lors des évaluations neuropsychologiques sont typiquement retrouvées après un traumatisme crânien même modéré. Il explique que bien qu'elles soient peu spécifiques, car retrouvées dans plusieurs pathologies organiques fonctionnelles, elles sont typiques d'une atteinte post-traumatique en raison de la chronologie de leur apparition, de leur cohérence avec les plaintes et de leur persistance clinique en 2003. Il considère que les troubles affectifs dans le sens d'une anxiété accrue et d'un état dépressif sont clairement apparus après l'accident mais que leur origine est mixte et qu'ils ne peuvent pas être tenus pour seuls responsables des difficultés de la patiente bien qu'ils puissent aggraver les symptômes. Lors de son audition par le Tribunal, il précise que le diagnostic sur le plan neurologique est double, à savoir d'une part, une encéphalopathie post-traumatique légère avec déficit de l'attention et des fonctions exécutives, d'autre part, des céphalées et cervicalgies post-traumatiques. L'hémi-extinction visuelle est pour lui une indication assez forte pour retenir des séquelles organiques à la suite d'un traumatisme et démontre que le système attentionnel a été touché. Bien que les problèmes de type exécutifs relatifs à la mémoire de travail soient peu spécifiques, la fatigabilité accompagnant ce trouble en rapport avec la charge de travail le fait pencher pour une cause traumatique. Il observe qu'une atrophie cérébrale peut se développer dans les suites d'un traumatisme, mais en général pas lorsqu'il est mineur. Il relève que

A/2509/2007 - 27/32 - l'hémi-extinction visuelle ainsi que l'aggravation des troubles au fur et à mesure de la reprise du travail sont deux éléments forts en faveur d'une atteinte

structurelle du système nerveux central et périphérique. Il considère que la relation de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident est probable. L'appréciation du Dr B_____ ne permet pas de douter des résultats de l'expertise dès lors que son argumentation principale repose sur la présence d'une atrophie cérébrale décelée lors de l'IRM du 18 juillet 2005. Or, selon le Dr R_____, une telle atrophie ne peut pas se développer en général à la suite d'un traumatisme mineur comme celui présenté par la recourante. De plus, selon les experts, cette atrophie n'est pas d'origine post-traumatique. Par conséquent, il n'est pas possible de retenir comme le fait le médecin traitant que ladite atrophie est d'origine post-traumatique de sorte que les hypothèses qu'il pose ne sont pas vérifiées. L'appréciation du Dr R_____ ne remet pas davantage en question les résultats de l'expertise étant donné que sa thèse principale est que l'hémi-extinction visuelle est le signe d'une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique. Or, selon le rapport du Dr I_____ établi le 28 mars 2006, il n'y a pas de déficit objectivable expliquant les plaintes d'amputation du champ visuel supérieur et droit. De plus, l'étiologie post-traumatique est peu probable car il n'y a pas de déficit pupillaire afferant, la coloration de l'anneau neurorétinien est bonne, la fonction visuelle centrale est bonne et le déficit nasal inférieur correspond exactement au déficit partiel du champ visuel temporal supérieur de l'œil droit. Par conséquent, l'appréciation dûment motivée du Dr I_____ contredit l'origine post-traumatique du déficit visuel. Enfin, bien que le Dr R_____ ait eu connaissance du rapport d'expertise du CEMed, il ne prend pas position sur ledit rapport d'expertise et ne prétend pas que les experts auraient omis de prendre en considération certains éléments objectifs. Par conséquent, son appréciation n'est pas probante. En outre, il convient de constater que les conclusions du rapport d'expertise, repose sur appréciation consensuelle du cas par un collège de médecins spécialistes, résultent d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective -, portant aussi bien sur les aspects somatiques que psychiques des troubles allégués. De plus, aucun de ces médecins ne fait état d'éléments objectifs pertinents que les experts n'auraient pas pris en considération. Or, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise, une évaluation médicale complète et approfondie ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne pourrait en aller différemment que si lesdits médecins faisaient état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'évaluation globale et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF non publié 9C_181/2007 du 22 janvier 2008, consid. 3.1, ATFA non publié I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2; ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175).

A/2509/2007 - 28/32 - Enfin, l'argument de la recourante selon lequel elle n'a présenté aucun état antécédent médical avant l'accident reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe de rechercher l'étiologie des troubles et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Dès lors, le Tribunal suivra les conclusions des experts qui considèrent qu'à partir du 5 janvier 2004, il n'y a plus de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 27 septembre 2002.

E. 9

Au demeurant, le résultat n'est pas différent si on examine la question sous l'angle de la causalité adéquate. Même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, lorsque des lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2). L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b). En cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il convient tout d'abord de distinguer les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

A/2509/2007 - 29/32 - En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

E. 10

Selon les experts, les séquelles du traumatisme crânien avec commotion cérébrale sont à l'arrière plan et le tableau clinique est très nettement dominé actuellement par les troubles psychiques. Par conséquent, la problématique d'ordre psychique présentée par l'assurée ne peut pas être considérée comme une partie du tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral ou de type « coup du lapin » mais comme une atteinte à la santé psychique

propre, distincte du tableau clinique en question. Dès lors, il convient d'examiner la question du lien de causalité adéquate selon les critères jurisprudentiels déterminants en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. En l'espèce, l'assurée a été victime d'une chute à la suite d'une collision avec un scooter qui a heurté le côté gauche de son vélo alors qu'elle traversait un passage pour piétons en pédalant sur sa bicyclette et qu'elle portait un casque. Selon les déclarations d'un témoin, le scootériste ne roulait pas vite et il a freiné énergiquement. La recourante a été victime d'un traumatisme crânien d'intensité légère accompagné d'une commotion cérébrale de gravité moyenne, d'une entorse cervicale et d'une fracture de l'auriculaire gauche. Au vu des circonstances, cet accident peut être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais il n'apparaît pas comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, ni ne se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb et cc; ATF non publié C 322/07 du 1er juillet 2008, consid. 5.1 et ATFA non publié U 83/02 du 14 octobre 2002, consid. 3b). Les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. Le fait que l'assurée ait été renversée par un scooter qu'elle n'a pas vu arriver, à proximité d'un feu rouge et à l'intérieur d'une localité, ne suffit pas à conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant

A/2509/2007 - 30/32 - (ATFA non publié U 385/05 du 5 octobre 2006, consid. 4). Par ailleurs, les lésions physiques n'étaient pas d'une gravité telle qu'elles étaient de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En effet, lors de la sortie de l'hôpital, le 30 septembre 2002, les médecins des HUG ont seulement prescrit un traitement médicamenteux accompagné d'une incapacité de travail d'une quinzaine de jours et un suivi d'examen neuropsychologique. De plus, il n'apparaît pas à la lecture du dossier que la recourante aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. La durée de l'incapacité de travail n'a pas davantage été particulièrement longue, compte tenu du fait que l'assurée a pu reprendre le travail à 50 % trois mois après ce dernier, puis totalement 15 mois après l'accident de sorte que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions somatiques n'apparaît pas propre à entraîner une atteinte à la santé psychique (ATFA non publié U 49/04 du 10 février 2005, consid. 5.1). Quant au traitement médical, après une distorsion cervicale, un suivi médical s'étendant sur deux à trois ans doit être considéré comme normal pour le type de traumatisme subi (RAMA 3/2005 U n° 549, p. 236 consid. 5.2.4; ATFA non publié U 201/02 du 30 novembre 2004, consid. 3.3.2). Reste que la recourante continuait, au moment de l'expertise du CEMed soit près de quatre ans après l'accident, à souffrir de douleurs à la nuque et de céphalées. Au regard de l'ensemble des circonstances, ce seul critère de la persistance des douleurs ne permet pas de retenir, en l'absence d'autres facteurs déterminants, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé de la recourante. Par conséquent, cette dernière ne peut prétendre des prestations de l'assurance-accidents pour la période litigieuse. Quant à l'absence d'atteinte à l'intégrité relative aux troubles en relation de causalité avec l'accident, elle repose sur l'appréciation du Dr F_____ qui a été confirmée par l'expertise du CEMed. Si le Dr B_____ retient, pour sa part, une atteinte à l'intégrité de 20 %, son appréciation prend en considération les troubles actuels de la recourante dont seuls une infime partie sont encore en relation de causalité avec l'accident du 27 septembre 2002 de sorte que son opinion n'est pas susceptible de remettre en cause les avis des médecins qui ont traité cette question. Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision sur opposition.

E. 11

La recourante estime qu'il convient de procéder à des mesures supplémentaires d'instruction sous forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer l'existence d'une invalidité et le taux de celle-ci. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V

A/2509/2007 - 31/32 - 344 consid. 3c; ATF non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer négativement sur la question du lien de causalité naturelle, une expertise destinée à déterminer l'invalidité et le taux de celle-ci s'avère superflue de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de l'assurée.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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