

GE_GERICHTE ATAS/181/2018 vom 15. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_181_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/181/2018 du 15 février 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/181/2018 del 15 febbraio 2018

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 - E 2 05), 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA - entrée en vigueur le 1er janvier 2003 - s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

A/1542/2016 - 11/18 - 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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations (versement d'indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) avec effet au 19 mai 2014, suite à l'accident dont la recourante a été victime le 1er mars 2013.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). 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). b. 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 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. 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

A/1542/2016 - 12/18 - 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 prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). d. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

E. 6

a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales ; une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusque-là par l'assuré. Toutefois, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (FRESARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoires, SBVR, 2ème éd., n. 152 p. 895 ; ATAS/791/2011 du 30 août 2011 consid. 7). b. Le traitement médical et les indemnités

journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). c. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 41 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.378/99 du 23 mars 2000 consid. 3a et les

A/1542/2016 - 13/18 - références). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n. U 557 p. 388 ; U 244/04 consid. 3.1). d. Quant au droit à l'indemnité journalière, il cesse notamment s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance- invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées). e. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1 ; ATF 116 V 41 consid. 2c).

E. 7

a. 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 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/1542/2016 - 14/18 - 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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 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). 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/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. À cet égard, il 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 8

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

A/1542/2016 - 15/18 - 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).

E. 9

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004

consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

a. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'un accident en date du 1er mars 2013, qui a eu pour conséquences une contusion cervicale et un TCC avec syndrome post-commotionnel, soit une hyperacousie douloureuse de stade IV, associée à des acouphènes. L'intimée a pris en charge cet événement : en sus du paiement des frais médicaux, elle a versé des indemnités journalières. L'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise des Drs D_____ et E_____ du

E. 13

janvier 2014, a toutefois mis un terme à ses prestations avec effet au 19 mai 2014, date au-delà de laquelle elle a considéré que les symptômes persistants (notamment l'hyperacousie) étaient dus à des facteurs non accidentels. La recourante conteste cette position, qui repose sur le rapport des médecins de la Clinique Corela, dont il convient dès lors d'examiner la valeur probante. b. Ce rapport - bien que fondé sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques, le dossier médical de la recourante et la relation des plaintes - n'est pas suffisamment motivé et n'emporte pas la conviction. En effet, les médecins expliquent que l'hyperacousie, réaction anormale du système auditif, est qualifiée de douloureuse, stade IV - comme dans le cas de la recourante - lorsque l'exposition au bruit, quelle que soit son intensité, devient gênante et que les activités sont contraignantes (se déplacer, travailler, communiquer, sortir). Ils distinguent les causes périphériques de celles avec une composante émotionnelle. Dans le premier cas, une guérison est possible environ six mois après le port de bruiteurs. En moyenne, après deux à trois mois, la personne concernée revient à un niveau de sensation normale, et deux à trois mois plus tard, sa situation est

A/1542/2016 - 16/18 - stabilisée et les symptômes améliorés. Dans le deuxième cas de figure, à l'instar de la recourante qui portait régulièrement des bouchons afin d'atténuer les bruits, s'isolait dans sa vie sociale et refusait de sortir dans les milieux bruyants, le lien de causalité s'éteindrait trois mois après le début d'un traitement adapté. Au-delà, si les plaintes persistaient, elles seraient liées aux composantes émotionnelles importantes. Après avoir exclu une pathologie psychiatrique - étant relevé à cet égard que, quand bien même une instruction sous l'angle psychiatrique par un spécialiste reconnu n'a pas été réalisée, la recourante n'allègue pas avoir souffert d'une décompensation psychique postérieurement à l'accident ce qu'aucun document médical ne prétend d'ailleurs -, les experts retiennent que des facteurs de stress importants, notamment le décès maternel, ont retardé le mécanisme d'habituation en rapport avec l'hyperacousie et l'acouphène. Dans la mesure où la mère de la recourante est décédée en été 2013 (cf. note téléphonique du 15 octobre 2013), on peine à comprendre, faute d'explications plus circonstanciées, les motifs pour lesquels trois mois

après le début d'un traitement adapté, le 19 mai 2014, soit une année après le décès invoqué, alors qu'à ce moment-là, la recourante souffrait encore d'une hyperacousie douloureuse, celle-ci - pourtant apparue en raison du TCC, fût-il bénin - ne serait plus imputable à l'accident, mais au décès survenu près d'une année plus tôt. De surcroît, la modification du comportement de la recourante (port de bouchons ou de casque, repli sur soi) est directement liée à l'hyperacousie (cf. article de M. BIZEGUET, audioprothésiste), dès lors qu'une personne hyperacoustique - hypersensible aux sons - préfère s'isoler pour ne plus être exposée aux bruits du quotidien (cf. Quentin NICARD, Hyperacousie : tout savoir sur ce trouble de l'audition, octobre 2017 ; article disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=hyperacousie-symptome>). Cela étant dit, le protocole de port des bruiteurs en cas d'hyperacousie à composante émotionnelle - liée à des causes accidentelles, tel qu'un traumatisme crânien - est le même que celui appliqué dans les cas périphériques (soit un traitement pendant six mois ; trois mois suivis de trois mois supplémentaires pour éviter les rechutes), avec une guérison partielle (disparition de 70 à 80% de la gêne) au bout de six mois, les bruits gênants résiduels disparaissant progressivement avec le temps (cf. article de M. BIZEGUET). Ainsi, même en cas d'hyperacousie à composante émotionnelle, le délai de guérison est de six mois dès le port des bruiteurs, ce qui n'est toutefois qu'une moyenne. M. F_____, audioprothésiste, relève en effet à cet égard que le traitement dure au minimum six mois (cf. son rapport du 12 février 2014). Eu égard à ce qui précède, la conclusion de la Clinique Corela, selon laquelle le lien de causalité entre les symptômes persistants et l'accident se serait éteint trois mois après le début d'un traitement adapté, n'est pas convaincante.

A/1542/2016 - 17/18 - c. C'est la raison pour laquelle la Cour de céans a souhaité obtenir l'avis du Dr G_____. Ce médecin indique que les causes accidentelles de l'atteinte à la santé jouent encore un rôle - dans la mesure où les symptômes d'hyperacousie ou d'acouphènes étaient toujours présents lors de la consultation du 23 janvier 2015. La question se pose dès lors, vu la date relativement ancienne de l'accident, et en l'absence d'une guérison à tout le moins partielle au bout de six mois à compter du traitement débuté le 19 août 2014, si les symptômes persistants au-delà résultent de causes exclusivement étrangères à l'accident. On rappellera en effet que, selon M. BIZEGUET, les patients hyperacoustiques peuvent être soulagés en six mois (quelle que soit la cause - périphérique ou à composante émotionnelle), indépendamment de l'ancienneté de leur hyperacousie, ce qui ne semble pas avoir été le cas de la recourante. d. Dans ces conditions, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une nouvelle expertise médicale indépendante, sous l'angle oto- rhino-laryngologique, dès lors qu'elle a examiné de manière incomplète le droit de la recourante sur la base d'un rapport non probant et qu'on ne saurait priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours). Il appartiendra à l'expert de se prononcer, de manière détaillée, notamment sur (i) la date à partir de laquelle le lien de causalité naturelle doit être considéré comme rompu ; (ii) la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, les Drs H_____, D_____ et E_____ ayant à cet égard une opinion divergente de celle du médecin traitant (dont les certificats ne sont toutefois pas motivés) ; puis de déterminer (iii) si un traitement est susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé de la recourante, ou (iv) si au contraire, son état de santé doit être considéré comme stabilisé, et le cas échéant, à partir de quand ; et enfin (v) si la recourante souffre d'une atteinte durable et importante à son

intégrité physique. En effet, au vu du renvoi du dossier, et dans la mesure où selon le Dr H_____, il n'existe pas de moyen de réparer une éventuelle séquelle neuro-sensorielle post-traumatique de l'oreille interne, et que la recourante souffrirait d'un dommage permanent, ces points doivent faire l'objet d'une instruction plus approfondie. 11. En ce sens, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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 matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1542/2016 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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