

GE_GERICHTE ATAS/278/2013 vom 19. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_278_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/278/2013 du 19 mars 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/278/2013 del 19 marzo 2013

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

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Selon les art. 56 et 60 LPGA, le recours est recevable.

E. 4

a) Conformément à l'art. 30 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne dont la cause doit être jugée dans une procédure judiciaire a droit à ce qu'elle soit portée devant un tribunal établi par la loi, compétent, indépendant et impartial. Le droit des parties à une composition régulière du tribunal impose des exigences minimales en procédure cantonale ; il interdit les tribunaux d'exception et la mise en œuvre de juges ad hoc

A/3035/2011 - 16/29 - ou ad personam et exige dès lors, en vue d'empêcher toute manipulation et afin de garantir l'indépendance nécessaire, une organisation judiciaire et une procédure déterminées par un texte légal (ATF 129 V 335 consid. 1.3.1). Toute partie à une procédure a un droit à ce que l'autorité soit composée régulièrement et statue au complet, et que seules délibèrent les personnes habilitées (ATF 137 I 340 consid. 2.2.1 ; 127 I 128 consid. 4b ; ATA/16/2007 du 16 janvier 2007 consid. 5). b) C'est, en premier lieu, à la lumière des règles cantonales topiques d'organisation et de procédure qu'il convient d'examiner si une autorité judiciaire ou administrative a statué dans une composition conforme à la loi (ATF 131 I 31 consid. 2.1.2.1 ; 129 V 335 consid. 1.3.2 ; 127 I 128 consid. 3c ; Arrêt du Tribunal fédéral 2D_6/2012 du 31 juillet 2012 consid. 2.2). A Genève, les juges assesseurs sont des magistrats de l'ordre judiciaire au sens de l'art. 132 de la Constitution de la République et canton de Genève du 24 mai 1847 (Cst-GE - A 2 00) (ATF 130 I 106 consid. 2.1). Ils doivent remplir les conditions d'éligibilité prévues par l'art. 5 al. 1 LOJ, sauf celles de la titularité du brevet d'avocat et des 3 ans de pratique professionnelle

utile au poste (art. 5 al. 2 LOJ). Tout juge assesseur doit donc, pour être éligible, avoir l'exercice des droits politiques dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. b LOJ) et être domicilié dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. c LOJ). Lors de l'adoption de la LOJ, le 26 septembre 2010, le législateur a prévu que les magistrats déjà en fonction au moment de l'entrée en vigueur de la loi et ne remplissant pas la condition exigée par l'art. 5 al. 1 let. c LOJ n'y étaient pas soumis (art. 144 al. 8 LOJ). c) En l'espèce, Monsieur N_____ ne remplissait plus la condition d'éligibilité prévue à l'art. 5 al. 1 let. b LOJ depuis le 30 novembre 2010. Domicilié dans le canton de Vaud, il n'avait en effet pas l'exercice des droits politiques à Genève (art. 39 al. 2 et 3 Cst. et art. 1 let a de la loi sur l'exercice des droits politiques du 15 octobre 1982 - LEDP - A 5 05). L'exception à l'exigence du domicile à Genève prévue par l'art. 144 al. 8 LOJ est seulement applicable aux assesseurs déjà domiciliés en France au 31 décembre 2010, mais ayant l'exercice des droits politiques à Genève. Ainsi, Monsieur N_____ a été remplacé par Madame O_____, qui a participé à la délibération du 19 mars 2013. La chambre des assurances sociales de la Cour de justice a ainsi siégé dans une composition conforme à la loi et, partant, régulière.

E. 5

Le litige porte sur le point de savoir si l'assurance est fondée à mettre un terme à ses prestations au-delà du 26 avril 2010 et, singulièrement, sur le lien de causalité entre l'accident du 25 octobre 2009 et l'hernie discale, à défaut entre l'accident et les douleurs et l'incapacité de travail de l'assurée.

E. 6

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose

A/3035/2011 - 17/29 - entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle 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 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 seul 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. 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 (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type "coup du lapin" (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau

clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). En outre, l'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type "coup du lapin" justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par exemple : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05).

A/3035/2011 - 18/29 - c) Le Tribunal fédéral avait rappelé que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte, soit lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Le lien de causalité naturelle ne pouvait pas se fonder sur une simple possibilité non vérifiée, à savoir que la hernie discale molle n'existait pas avant l'accident (arrêt du 7 février 2000, U144/99). Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme. Cela étant, il n'est pas contradictoire d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre un accident et des troubles post-traumatiques s'inscrivant dans un contexte d'affections dégénératives préexistantes, puis de considérer qu'ultérieurement, ce lien s'est résolu à la faveur d'une rémission des troubles post-traumatiques et que l'état de santé de l'intéressé est par conséquent 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*) (arrêt du 6 septembre 2004, U 149/04). Le Tribunal fédéral a admis sur la base d'une expertise le lien de causalité naturelle dans le cas d'un assuré qui présentait avant l'accident des troubles dégénératifs étagés des disques intervertébraux de la colonne lombaire, qui étaient asymptomatiques. Si l'accident de chantier lors duquel l'assuré avait chuté en voulant soulever un sac de ciment n'était pas en soi susceptible d'entraîner une rupture de l'anneau fibreux d'un disque lombaire, et comme conséquence une hernie discale, il était dans tous les cas propre à déclencher les symptômes d'une hernie discale, dès lors que le disque était déjà fragilisé par des micro-traumatismes antérieurs ou un processus à caractère dégénératif. Bien que l'accident ne constituât pas la cause unique de l'atteinte à la santé, le processus dégénératif étant prédominant, il avait néanmoins décompensé durablement les troubles dégénératifs (arrêt du 14 février 2006, U 351/04). d) Dans un arrêt du 19 février

2008 publié aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type "coup du lapin" et lésions similaires. Il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin".
La causalité

A/3035/2011 - 19/29 - naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentés de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur. Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5). e) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b).

E. 7

a.) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c).

A/3035/2011 - 20/29 - 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 p. 103 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. 383 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 p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), 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 p. 383), 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 p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007). b) Afin de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles psychiques développés ensuite par la victime, la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut dorénavant prendre en considération les sept critères exhaustifs (cf. arrêt du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) suivants : a) les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ; b) la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé), étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie

A/3035/2011 - 21/29 - douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral (consid. 10.2.2) ; c) l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); la durée anormalement longue du traitement médical ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (consid. 10.2.3) ; d) l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les douleurs persistantes doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; e) les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ; f) les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ; g) l'importance de l'incapacité de travail en dépit des

efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail. 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 soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). c) Dans l'arrêt précité (ATF 134 V 109), le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit

A/3035/2011 - 22/29 - organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer, une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. Il a modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé); la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé); l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé); les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé); l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

E. 8

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 LPG), 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. Sans remettre en cause le principe

A/3035/2011 - 23/29 - 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 352 ss consid. 3). b) 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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) 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 assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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).

A/3035/2011 - 24/29 - f) 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 9

a) En l'espèce, il s'agit en premier lieu de déterminer si l'hernie discale C6-C7, puis si les troubles de l'assurée persistant au-delà du 22 avril 2010, en particulier les migraines, les douleurs dans la nuque, le dos et dans le bras droit (cf. acte de recours) sont en lien de causalité naturelle avec l'accident de la circulation du 25 octobre 2009. Les rapports du Dr D_____, médecin conseil de l'assurance, se fondent sur le dossier complet de l'assurée, ils tiennent compte des données subjectives de la patiente, des examens cliniques et radiologiques et leurs conclusions sont claires et bien motivées. Il retient ainsi que l'assurée a subi uniquement une contusion cervicale lors de l'accident, de sorte que les troubles subsistant six mois après l'évènement ne sont plus en lien de causalité avec celui-ci. L'assurée conteste ce point de vue sur la base des rapports du Dr B_____, également spécialiste en neurochirurgie, qui a pratiqué l'intervention du 18 juin 2010. En substance, après avoir estimé que l'hernie était vraisemblablement ancienne et dégénérative au vu de l'imagerie, il retient de l'intervention que le fait que l'hernie soit "molle" démontre son origine traumatique, alors que le Dr D_____ le conteste. Les rapports du Dr A_____ ne permettent pas d'éclairer la situation de sa patiente, tant il est vrai qu'il mentionne des dates contradictoires et semble confondre ou ne faire qu'un des divers événements et de leur traitement (mobbing traité peu avant l'accident du 25 octobre 2009, puis amélioration des suites de l'accident avec maintien d'un traitement anti-dépresseur et mention, plus tard, d'un état de stress post traumatique, dont on ne sait pas à quel trauma il doit être attribué). b) Il sied donc d'abord d'examiner les arguments respectifs des parties et des médecins concernant l'origine de l'hernie. Les deux spécialistes confirment que

A/3035/2011 - 25/29 - l'examen clinique n'est pas seul déterminant mais que l'imagerie et les circonstances de l'accident, ainsi que les plaintes de la patiente, le sont. b.a.) On rappellera d'abord brièvement que, de jurisprudence constante, le fait que l'assurée ait été asymptomatique avant l'accident n'est pas suffisant pour admettre le lien de causalité. Ce fait n'est d'ailleurs pas démontré au vu du traitement de physiothérapie suivi après celui du 25 novembre 2008 - que l'assurée qualifie de sans gravité - jusqu'au 16 octobre 2009. Tel est pourtant l'un des arguments essentiels du Dr B_____. b.b.) Les explications du Dr D_____ concernant les importantes douleurs que l'assurée aurait ressenties immédiatement après l'accident, notamment dans le bras droit, si le choc avait été suffisamment violent pour provoquer une hernie, sont convaincantes et correspondent à la littérature médicale. D'ailleurs le Tribunal fédéral a toujours confirmé qu'une hernie discale

traumatique ne pouvait être admise que suite à un accident particulièrement important et pour autant que le syndrome vertébral ou radiculaire apparaisse immédiatement. Or, l'assurée s'est plaint de douleurs dans le bras droit un mois seulement après l'accident mais également de douleurs dans la nuque irradiant dans le dos et le nerf sciatique droit (cf. rapport du Dr A _____ du 1er décembre 2009), c'est à dire aussi dans la jambe droite, ce qui est sans lien avec une hernie en C6-C7. Pour le surplus, du point de vue objectif, le Dr B _____ et le Dr C _____ relèvent que l'examen est normal en février 2010, la patiente montrant une mobilité cervicale assez bonne et, outre une limitation de l'abduction du bras droit, aucun signe d'atteinte radiculaire, ni déficit de la force du bras n'étant constatée ; les médecins concluent dès lors que l'hernie discale pourrait être responsable des brachialgies. b.c.) Les déclarations de l'assurée sur les circonstances et la gravité de l'accident sont contradictoires sur certains points avec les pièces et les témoignages recueillis. Il est établi que l'assurée a été emboutie par un véhicule circulant entre 90 km/heure et 100 km/heure alors qu'elle roulait à 60 km/heure, ce qui constitue indubitablement un choc important, confirmé par les photos montrant l'état de l'arrière du véhicule et par les témoins. Toutefois, outre une douleur à la nuque, l'assurée ne s'est plaint et ne souffrait d'aucun autre symptôme durant les deux heures qui ont suivi l'accident selon les témoins unanimes. Après avoir vraisemblablement été aidée à sortir de sa voiture, elle se tenait debout sans aide, elle s'est même énervée avec l'autre conducteur, elle a été capable de remplir entièrement le constat amiable, ce qui exclut les vertiges et elle n'a au demeurant pas vomi. Déposée devant son immeuble, elle est montée seule dans son logement et son amie n'est pas restée chez elle pour la nuit, de sorte que les allégations de vomissements durant la nuit ne sont pas confirmées. Au demeurant, face à un tableau aussi grave, en comparaison de ce que l'assurée dit avoir subi lors des

A/3035/2011 - 26/29 - précédents accidents, elle se serait très certainement rendue à l'hôpital rapidement. De même, le Dr A _____ n'aurait pas manqué de mentionner ces plaintes dans ses premiers rapports médicaux. De plus et contrairement aux affirmations répétées de la recourante, ni les photos, ni le devis produits ne mentionnent que le ou les appuie-tête auraient été détruits, voire déplacés de leur axe. Finalement, la passagère (dont on a incidemment appris l'existence en audience) est non seulement sortie totalement indemne de la voiture, ce qui peut s'expliquer par la position du corps et de la tête "en dessous de l'appuie tête", mais elle n'a même pas ressenti un quelconque mouvement d'accélération- décélération. Or, c'est en partie sur la base de la description faite par l'assurée et notamment la destruction de l'appuie-tête que le Dr B _____ s'est fondé pour admettre que ce "coup du lapin" avait provoqué l'hernie litigieuse. b.d.) Les IRM effectuées un mois après l'accident ne montrent aucune lésion, ni fracture, ni déchirure, ni fissure, mais mentionnent l'hernie discale postérieure droite C6-C7 et des signes dégénératifs des disques C2 à C7 et au niveau L5-S1 et L4-L5. D'ailleurs, jusqu'à l'opération du 18 juin 2010, le Dr B _____ semblait plutôt convaincu du caractère dégénératif de cette hernie au vu de son aspect calcifié et de l'imagerie en général. C'est donc selon lui la distinction entre hernie molle et dure qui devrait permettre de retenir une origine traumatique, car l'hernie serait alors récente. A ce propos, rien ne permet à la Cour de s'écarter des explications circonstanciées du Dr D _____ s'agissant du nombre de cas dans lesquels une hernie molle est constatée en l'absence de tout traumatisme, au point où ce critère anatomo-pathologique n'est plus retenu. C'est donc le déroulement de l'accident et ses suites immédiates, notamment les plaintes de l'assurée, qui excluent la cause traumatique, alors que l'existence de lésions dégénératives est établie au degré de la

vraisemblance prépondérante par l'imagerie. b.e.) Compte tenu de l'ensemble des circonstances sus décrites, la Cour retient donc sur la base de l'avis probant du Dr D_____ que l'hernie discale C6-C7 n' a pas été causée par l'accident du 25 octobre 2009. Selon lui, l'assurée a donc subi une entorse cervicale et non pas une hernie discale laquelle était préexistante au degré de la vraisemblance prépondérante. Reste à déterminer la durée des conséquences d'une entorse cervicale. Selon le Dr D_____, l'entorse subie lors de l'accident n'a que temporairement aggravé des troubles dégénératifs préexistants à celui-ci. Il estime qu'une telle lésion guérit sans séquelles après 6 à 9 mois, selon la littérature, de sorte qu'il retient que l'incapacité de travail au-delà du 25 avril 2010 n'est plus en lien de causalité avec l'accident. Aucun autre avis médical circonstancié ne permet de s'écarter de ces conclusions. Au demeurant, on ne peut pas simplement appliquer l'arrêt du Tribunal fédéral concernant l'ouvrier à celui de l'assurée, ne serait-ce qu'en raison du fait que

A/3035/2011 - 27/29 - le traumatisme n'a pas été du même ordre, car il a chuté sur le côté droit alors qu'il tentait de soulever et de porter une lourde charge sur son dos. c) A défaut de déficit organique, soit de lésion constatée sur les IRM de fin novembre 2009, il faut encore examiner, conformément à la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral, si l'on peut admettre un rapport de causalité naturelle entre l'accident et le "coup du lapin". Tel n'est toutefois pas le cas. D'une part, il n'a pas été établi que l'assurée ait immédiatement présenté les symptômes typique du "coup du lapin". D'ailleurs, son médecin-traitant relevait une évolution favorable en décembre 2009, en ne prescrivant alors qu'un traitement pour la dépression et non pas des antalgiques. D'autre part, l'instruction n'a pas confirmé l'existence d'un mouvement d'accélération-décélération du genre "coup du lapin". A défaut de lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs, l'impotence et l'incapacité de travail au delà du 25 avril 2010, il n'est pas nécessaire d'examiner le lien de causalité adéquate. Au demeurant, si le lien de causalité naturelle était admis, il faudrait alors nier le lien de causalité adéquate. Bien que, contrairement à ce que soutient l'assurance, il n'est pas établi que les aspects psychiques aient pris le dessus et que rien ne permet d'exclure qu'un assuré légèrement dépressif suite à un "mobbing" et traité en conséquence soit victime d'un "coup du lapin", il s'avère tout de même que l'assurée a été rapidement traitée pour des troubles d'ordre dépressif, bien que les certificats contradictoires du Dr A_____ tous deux datés du 1er décembre 2009 ne permettent pas de déterminer s'il s'agissait simplement de la suite du traitement déjà en cours lors de l'accident. De plus, l'assurée a ensuite été suivie par un psychiatre, mais cet élément n'est pas suffisant pour exclure la causalité. Par contre, le Tribunal fédéral semble renoncer à distinguer les plaintes somatiques et psychiques pour l'examen de la causalité adéquate pour tous les troubles de la lignée du "coup du lapin". Ainsi, à défaut de déficit organique, la persistance des douleurs est en lien de causalité adéquate avec l'accident pour autant que celui-ci ait été particulièrement impressionnant ou grave, que les lésions aient été importantes, le traitement long et pénible, les douleurs intenses, que des complications soient apparues, etc. Les faits rappelés ci-dessus ressortant de l'instruction de la cause ont permis d'exclure la quasi-totalité de ces critères, sans qu'il soit nécessaire d'y revenir dans le détail. d) Le rapport du Dr D_____ est convaincant en ce qui concerne en particulier la distinction entre hernie molle et dure. Le "coup du lapin" a été exclu sur la base des faits de la cause, de sorte qu'il n'est pas utile d'ordonner une expertise médicale, a fortiori biométrique. Quant au Dr A_____, dûment convoqué, à une date convenue à l'avance par courtoisie et par respect de l'agenda chargé des médecins, il s'est excusé à la dernière minute, en raison d'une "surcharge de travail", de

sorte qu'il ne sera pas convoqué une nouvelle fois, malgré ses réponses lacunaires et partielles aux questions - précises - posées par écrit.

A/3035/2011 - 28/29 -

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, la Cour retient que les troubles de l'assurée et son incapacité de travail au-delà du 25 avril 2010 ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 25 octobre 2009, de sorte que c'est à juste titre que l'assurance a alors mis fin à ses prestations. Les soins, et en particulier l'opération du 18 juin 2010 sont donc à la charge de l'assurance-maladie et c'est l'assurance perte de gain maladie de l'employeur qui doit, le cas échéant, indemniser l'incapacité de travail jusqu'au 1er juin 2011.

E. 11

Le recours, mal fondé, est rejeté. La procédure est gratuite.

A/3035/2011 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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