

GE_GERICHTE ATAS/282/2016 vom 12. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_282_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/282/2016 du 12 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/282/2016 del 12 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

La chambre de céans a déjà examiné les questions relatives à sa compétence et à la recevabilité du recours dans son arrêt incident du 4 novembre 2015 (ATAS/837/2015), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 de loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

A/3559/2015 - 13/27 -

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières dès le 13 janvier 2014 et à la prise en charge des frais de traitement dès le 29 janvier 2015. Il s'agira en particulier de déterminer si les troubles présentés par la recourante à compter du 13 janvier 2014 sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 15 juin 2013.

E. 4

a. Il convient tout d'abord de déterminer si l'intimée pouvait – en date du 14 avril 2015 – supprimer les indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement, avec effet au 13 janvier 2014, respectivement au 29 janvier 2015. b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). L'assureur-accidents conserve la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'il n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester (ATF 133 V 57). c. En l'occurrence, dans la mesure où la décision du 14 avril 2015 porte sur des indemnités journalières qui n'avaient pas encore été versées et pour lesquelles l'intimée n'avait pas admis son obligation de prester, comme cela ressort de son courriel du 10 mars 2014,

l'intimée était en droit de prononcer rétroactivement leur suppression avec effet au 13 janvier 2014. S'agissant des frais médicaux, au vu de la teneur du courrier du 29 janvier 2015 adressé à la recourante, il apparaît que l'intimée a supprimé leur prise en charge avec effet ex nunc et pro futuro. d. Il s'ensuit que la décision n'est pas criticable sur ce point.

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). b. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). 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,

A/3559/2015 - 14/27 - associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). 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).

E. 6

a. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», 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 119 V 335 consid. 1; 117 V 359 consid. 4b). b. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9).

A/3559/2015 - 15/27 - Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4). Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore 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 œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer 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 permettant de déterminer 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. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. 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 (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

A/3559/2015 - 16/27 - Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

E. 7

a. 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). b. 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). c. Quant aux 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). d. 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

A/3559/2015 - 17/27 - qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 8

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 9

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 10

Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 11

novembre 2013 (rapport d'expertise pp. 34 et 37). Au vu de ces explications dûment motivées et convaincantes, la chambre de céans ne saurait retenir l'existence d'une entorse cervicale en lien avec l'accident du

E. 15

m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2). c. 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). En cas

d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). Toutefois, même en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles

A/3559/2015 - 23/27 - psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2), il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit : - 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 soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

E. 16

a. En l'occurrence, il n'est ni contesté par l'intimée, ni contestable que la recourante a été victime d'un traumatisme cranio-cérébral. Toutefois, il résulte du rapport d'expertise que les troubles d'ordre psychique sont venus rapidement au premier plan, soit cinq mois seulement après l'événement assuré, de sorte que le caractère adéquat du lien de causalité doit, en l'occurrence, s'examiner au regard des critères formulés par la jurisprudence à l'ATF 115 V 133, soit au vu des seules atteintes somatiques. b. S'agissant de la gravité de l'accident, l'intimée a considéré que l'accident pouvait être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, ce que la recourante conteste, faisant valoir que le delta-v calculé par l'intimée ne peut être retenu et que la question de la vitesse du véhicule en cause est en cours d'instruction auprès du Ministère public. c. La chambre de céans relèvera que si la vitesse des véhicules est certes un élément à prendre en compte dans l'examen de la gravité de l'accident, il n'en demeure pas

A/3559/2015 - 24/27 - moins que cet examen doit se faire au vu de l'ensemble des circonstances de l'événement, sans qu'il soit nécessaire de connaître précisément ni la vitesse des véhicules, ni le delta-v. Au demeurant, on ajoutera que contrairement à ce qu'avance la recourante, le delta-v n'est pas déterminé uniquement en fonction de la vitesse des véhicules (rapport d'analyse de l'accident du 6 août 2014). Cela étant, même s'il apparaît, à la lecture de l'acte d'accusation du Ministère public du 23 décembre 2014, que le conducteur de la voiture responsable de l'accident roulait à une vitesse excessive, la collision n'a toutefois pas été frontale et la recourante a pu sortir de la voiture par ses propres moyens (rapport d'expertise p. 6). Par ailleurs, même si la recourante a ensuite perdu connaissance, son état n'a toutefois pas nécessité d'hospitalisation et ses blessures n'ont pas été graves. En outre, quand bien même le véhicule a été considéré comme « irréparable » d'un point de vue économique, il résulte des différentes photos versées au dossier qu'il n'a été que partiellement endommagé. En l'absence de circonstances justifiant de ranger l'accident parmi les accidents graves, l'événement subi par la recourante doit ainsi être considéré comme étant de gravité moyenne. Par ailleurs, la chambre de céans constate que les circonstances concomitantes n'ont été ni dramatiques, ni particulièrement impressionnantes. En outre, la recourante n'a manifestement pas subi de lésions physiques graves ou particulières à la suite de cet événement, ni menaçantes pour sa vie. On notera d'ailleurs que, dans les suites immédiates de l'accident, son incapacité de travail totale n'a été que de six jours, soit du 15 au 20 juin 2013. Elle allègue certes n'avoir pas été en mesure de reprendre son activité lucrative à compter du 21 juin 2013, ce en raison des suites de l'accident. Toutefois, en l'absence d'un certificat attestant ses allégations, celles-ci ne paraissent pas plausibles. Quoi qu'il en soit, quand bien même la recourante n'aurait pas repris son activité lucrative entre le 21 juin et le 16 octobre 2013, on ne saurait retenir que la durée de l'incapacité en raison des atteintes somatiques a été particulièrement longue, puisqu'elle a pris fin le 11 novembre 2013. Qui plus est, ni le critère relatif à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, ni celui relatif à l'intensité des douleurs physiques ne sont réalisés, puisqu'il apparaît que la recourante n'a ni consulté de médecin, ni suivi de traitement entre le 18 juin et le 17 octobre 2013, et qu'à compter du 11 novembre 2013 déjà, les troubles somatiques n'ont plus exercé d'influence sur son état de santé. Enfin, aucune erreur médicale, ni difficulté ou complication n'a compromis sa guérison. En l'absence d'un cumul de critères ou d'un seul critère revêtant une intensité particulière, force est de constater que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les plaintes persistant dès le 13 janvier 2014 doit être niée.

E. 17

C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a mis fin aux indemnités journalières dès le 13 janvier 2014 et à la prise en charge des frais de traitement dès le 29 janvier 2015.

A/3559/2015 - 25/27 -

E. 18

a. Enfin, la recourante estime, en invoquant l'art. 9 Cst., que l'intimée a commis un abus en attendant plus de sept mois - après l'arrêt effectif du versement des indemnités journalières - pour ordonner la mise en œuvre d'une expertise, sans rendre, dans l'intervalle une décision confirmant la fin du versement. b. Découlant directement de l'art. 9 Cst. et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi permet à l'intéressé, lorsque certaines conditions cumulatives sont réunies, d'exiger que l'autorité respecte ses promesses

et qu'elle évite de se contredire. Il faut notamment qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (ATF 131 II 627 consid. 6.1; ATF 129 I 161 consid. 4.1 et les références). c. En l'occurrence, à compter du 17 octobre 2013, la recourante a été en incapacité de travail totale, prise en charge par l'intimée. Le 10 mars 2014, le médecin conseil de l'intimée a estimé que les troubles persistants ne devaient plus influencer la capacité de travail de la recourante; il convenait cependant d'effectuer une analyse dynamique de l'accident. À cette même date, l'intimée a informé la recourante que les éléments au dossier ne lui permettaient pas de verser des prestations au-delà du 12 janvier 2014 et qu'une instruction complémentaire était en cours afin d'examiner la poursuite de la prise en charge du cas. Le 10 avril 2014, l'intimée a mandaté son service spécialisé pour l'analyse de l'accident. Après avoir réuni les documents nécessaires à l'analyse, le service spécialisé de l'intimée a rendu son rapport le 6 août 2014. Le 26 août 2014, le médecin conseil a estimé qu'un bilan neuropsychologique était nécessaire et l'intimée a mandaté les experts le 1er septembre 2014. La chambre de céans relèvera déjà que la recourante n'allègue pas s'être fondée sur des assurances données par l'intimée ou sur son comportement pour prendre des dispositions auxquelles elle ne saurait renoncer sans subir de préjudice. Par ailleurs, même si, au vu de la jurisprudence fédérale en matière de traumatisme cranio- cérébral, il apparaît que l'intimée a effectivement tardé en mettant en œuvre une expertise médicale seulement le 1er septembre 2014, alors que la recourante était en incapacité de travail depuis le 17 octobre 2013 déjà, on ne saurait toutefois lui reprocher un comportement relevant de l'abus de droit. En effet, la recourante a été avertie par l'intimée le 10 mars 2014 qu'une instruction était nécessaire et qu'elle ne pouvait verser des prestations au-delà du 12 janvier 2014. L'intimée a ensuite sollicité l'analyse de l'accident et l'avis des experts médicaux. Les conclusions de l'expertise étant par ailleurs indispensables pour examiner le lien de causalité dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas rendu une décision formelle sur la fin du versement des prestations avant d'être en possession des conclusions émises par les experts. Au demeurant, il n'apparaît pas que la recourante ait, à compter du 10 mars 2014, requis de la part de l'intimée la mise en œuvre d'une expertise ou la notification d'une décision formelle sur la fin du versement des prestations, et la recourante ne l'allègue pas. Or, si celle-ci estimait que l'intimée ne A/3559/2015 - 26/27 - traitait pas son cas correctement, il lui appartenait d'entreprendre ce qui était en son pouvoir pour que l'intimée fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour déni de justice. Le grief invoqué par la recourante tombe ainsi à faux.

E. 19

Eu égard à ce qui précède, le recours est mal fondé et la décision de l'intimée doit être confirmée.

E. 20

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

E. 21

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3559/2015 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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