

# **GE\_GERICHTE ATAS/290/2015 vom 20. April 2015**

GE Cour de justice, 2015-04-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_290\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_290_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/290/2015 du 20 avril 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/290/2015 del 20 aprile 2015

## **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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des

A/1906/2014 - 13/22 - contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si les troubles de l'ouïe de l'oreille droite dont souffre la recourante entre dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec l'avènement du 15 janvier 2011, et dans l'affirmative, si les prestations auxquelles prétend la recourante sont à la charge de l'assureur-accidents.

### **E. 5**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

## **E. 6**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de

A/1906/2014 - 14/22 - vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

## **E. 7**

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). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur

probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

A/1906/2014 - 15/22 - 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 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social, et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **E. 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

A/1906/2014 - 16/22 - 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). Dans le domaine des assurances sociales la procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Conformément au principe inquisitoire, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

## **E. 9**

En l'espèce, l'intimé a refusé de prendre en charge toute prestation en lien avec l'agression que l'assurée a subie le 15 janvier 2011, ces atteintes à la santé ne pouvant entrer dans un lien de causalité naturelle avec cet événement. Pour parvenir

A/1906/2014 - 17/22 - à cette conclusion, il s'est fondé sur l'appréciation d'un médecin, spécialiste FMH en ORL, de son propre service médical. La recourante s'oppose à ces conclusions, déniaut toute valeur probante au rapport du médecin de l'intimé : il lui oppose les conclusions de son propre médecin-traitant. Au vu des principes rappelés ci-dessus, il y a donc lieu d'examiner si, conformément à la jurisprudence susmentionnée, le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ aboutit à des résultats convaincants, s'il ne contient pas de contradictions, si ses conclusions sont sérieusement motivées et si aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. La chambre de céans constate que ce médecin a rendu son appréciation médicale uniquement sur la base du dossier de l'assurée. Il importe dès lors en premier lieu de vérifier s'il contenait suffisamment d'appréciations médicales résultant,

quant à elles, d'un examen personnel de l'assurée. La Dresse D\_\_\_\_\_ a procédé en deux temps. Dans sa première appréciation, se fondant sur les éléments fournis par le spécialiste ORL qui a traité la recourante, et les autres éléments du dossier (d'ordre médical – constat du CHUV le jour de l'agression - ou non), lui fournissant notamment des renseignements d'ordre anamnestique, elle a procédé à une analyse consciencieuse du dossier, confrontant les diagnostics et conclusions du médecin traitant, et sa propre interprétation des audiogrammes et autres mesures à disposition, montrant déjà l'origine dégénérative préexistante des troubles auditifs dont souffre la recourante (presbyacousie bilatérale). Retenant néanmoins que, selon le médecin traitant, les troubles auditifs prédominaient du côté droit depuis le mois de janvier 2011 suite à une contusion labyrinthique d'origine post-traumatique, elle a tout d'abord constaté qu'aucune description détaillée dudit traumatisme ne figurait au dossier. Observant de façon générale que des niveaux maximum de pression acoustique (pressions acoustiques de crête) et des niveaux d'exposition acoustique supérieurs à 125 dB peuvent être atteints en cas de coups reçus sur la région de l'oreille (événements sonores impulsifs, comme des gifles par exemple) elle a estimé ne pas pouvoir déterminer, à ce stade, si tel avait été le cas en l'occurrence ; elle a donc demandé à l'assureur de réunir tous renseignements utiles au sujet de l'événement du 15 janvier 2011 et de son déroulement. Elle demandait également des explications sur le fait que l'assureur n'avait eu connaissance de ce sinistre que deux ans après sa survenance, et pourquoi il n'avait pas été informé de l'événement avant l'adaptation de l'appareil auditif. C'est donc dans un deuxième temps, après avoir obtenu les renseignements complémentaires, en particulier la description du déroulement de l'accident par l'assurée, qu'elle a rendu son appréciation médicale définitive, le 27 mars 2014. Elle a pris en compte les explications données par la recourante lors de son audition du 19 mars 2014, et retenu notamment que l'assurée n'avait jamais fait contrôler son ouïe avant l'événement ; qu'au moment de l'agression elle n'avait pas reçu de gifles mais uniquement des coups de poings ; qu'elle n'avait bénéficié d'aucun traitement immédiatement après l'accident ; que les premiers symptômes étaient apparus deux

A/1906/2014 - 18/22 - semaine après les faits, depuis qu'elle avait constaté, quatre à semaines semaines après l'agression que son ouïe, surtout du côté droit, n'était plus aussi bonne qu'auparavant dans un environnement bruyant. Les bruits d'oreilles étant devenus permanents, elle avait dès lors consulté un spécialiste ORL. Au vu de ces constatations et sur la base des diagnostics successifs du médecin traitant, elle a conclu qu'il s'agissait ainsi d'une surdité mixte bilatérale, prédominant dans les fréquences élevées et correspondant à une presbyacousie importante d'un point de vue otologique, l'atteinte ne satisfaisant néanmoins pas aux critères d'une lésion traumatique, malgré les coups de poing reçus. Elle a donc conclu que le trouble auditif préexistait au traumatisme d'un point de vue ORL. Il n'était pas concevable qu'il se soit aggravé en raison de coups de poings dont avait été victime l'assurée. Une adaptation d'un appareil auditif se serait avérée nécessaire en raison de la surdité de perception, même si l'accident précité n'avait pas eu lieu. Il n'y avait ainsi, d'un point de vue médical, pas de lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre le trouble auditif de l'assurée et l'événement accidentel. Aucun élément du dossier ne permet d'émettre le moindre doute quant à l'objectivité de ce médecin, fut-il au service de l'assureur social. La chambre de céans retient donc que cette appréciation médicale est convaincante, exempte de contradictions, et suffisamment motivée pour qu'on lui accorde pleine valeur probante au sens de la jurisprudence susmentionnée. Reste toutefois à déterminer si, comme le soutient la recourante, l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_

diverge véritablement des conclusions de la Dresse D\_\_\_\_\_, et dans l'affirmative, si ce médecin traitant a fait 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 interne à l'assureur. Il convient tout d'abord d'avoir l'esprit que la recourante a été adressée au Dr C\_\_\_\_\_ dans le courant du printemps 2011, soit plusieurs semaines, sinon mois, après les événements de mi-janvier de la même année. On retiendra également que préalablement à son agression, la recourante ne s'était jamais plainte de troubles auditifs, qu'elle n'avait jamais été ni examinée ni traitée pour de tels problèmes, et que le premier avis médical du Dr C\_\_\_\_\_, - qui décrit un déficit auditif bilatéral et symétrique progressif de longue date, précisant qu'au mois de janvier (2011) la surdité de l'assurée s'était « péjorée » du côté droit, à la suite d'une contusion labyrinthique -, date du 24 mai 2011. À cette époque, le cas n'avait pas encore été annoncé à l'intimé, et il était destiné à l'office cantonal des assurances sociales, dans le cadre d'une demande de prestations pour la pose d'un appareillage acoustique. Dans ce contexte – AVS-AI -, il est évident que la question d'une relation de cause à effet entre les événements de janvier 2011 et l'accentuation de la surdité du côté droit dès cette époque n'avait guère d'importance pour l'appréciation de cet assureur social dans le cadre de la demande qui lui était présentée, d'une part. Mais en revanche, dès lors que le médecin, - ni d'ailleurs aucun autre confrère

A/1906/2014 - 19/22 - spécialiste ORL -, n'avait eu l'occasion d'examiner la patiente avant janvier 2011, si le diagnostic de presbyacousie bilatérale symétrique existant de longue date avait quant à lui pu être posé sur la base objective des résultats des audiogramme tonal et vocal auquel le médecin traitant avait procédé, au printemps 2011, la péjoration de l'ouïe du côté droit ne résultait, - comme il l'a d'ailleurs confirmé par la suite -, que des dires de la patiente dans le cadre de l'examen anamnestique. Faute d'examens antérieurs à janvier 2011, aucune comparaison objective ne pouvait être faite par rapport à l'évolution des troubles auditifs, encore moins par rapport à leur accentuation du côté droit dès janvier 2011. Le second avis médical du médecin traitant date du 30 octobre 2012, dans laquelle il évoque une surdité de perception bilatérale dans un contexte de presbyacousie, cette surdité étant prédominante du côté droit depuis janvier 2011, à la suite d'une contusion labyrinthique « post- traumatique » (ce qualificatif ne figurait pas dans le document de mai 2011). Ces éléments en eux-mêmes ne sont en tout cas pas de nature à remettre en cause les conclusions de la Dresse D\_\_\_\_\_. En revanche, les renseignements médicaux fournis par le Dr C\_\_\_\_\_ le 17 juin 2014 au conseil de la recourante, en réponse aux questions que ce dernier lui avait posées, apparaissent plus pertinents par rapport à la question à résoudre, soit l'évaluation de la valeur probante de l'appréciation médicale du médecin de l'administration : le médecin traitant a tout d'abord confirmé qu'à sa connaissance, la recourante n'avait pas consulté de spécialistes ORL avant l'agression de janvier 2011, et que, lors des examens auxquels il avait procédé en avril 2011 notamment, il avait pu déterminer que la patiente était déjà atteinte d'une surdité de perception bilatérale, dans un contexte de presbyacousie, avant janvier 2011, ceci en raison de l'âge de la patiente, de l'examen clinique et de l'aspect des tracés obtenus aux audiogrammes tonal et vocal qui évoquent le diagnostic de presbyacousie. A la question de savoir si la perte de l'ouïe du côté droit de l'assurée était due, même partiellement, à l'agression dont la recourante avait été victime au mois de janvier 2011, le médecin a répondu en substance que les examens auxquels il avait procédé au début avril 2011 montrent des tracés dont l'aspect évoque une presbyacousie, les pertes étant plus importantes à droite qu'à gauche, et qu'en se basant sur l'anamnèse, autrement dit sur les dires de sa patiente, il indique que cette asymétrie auditive

« semble » être le résultat d'un traumatisme subi sur l'oreille droite. Enfin, à la question de savoir comment il se déterminait sur l'appréciation médicale de la CNA, il a répondu qu'objectivement, il n'est pas possible de prouver que la surdité que présente l'assurée du côté droit est partiellement secondaire à l'agression dont elle a été victime au mois de janvier 2011. Cette impression se base sur l'anamnèse, l'examen clinique et l'audiogramme qui « semblent confirmer cette hypothèse sans toutefois pouvoir l'affirmer ». Pour le surplus, le médecin traitant n'a jamais émis la moindre critique au sujet du rapport de l'expert.

A/1906/2014 - 20/22 - Ainsi, contrairement à ce que prétend la recourante dans ses dernières écritures, on ne saurait considérer que l'avis médical du médecin traitant contredirait les conclusions du service médical de l'intimé, qu'il fasse état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui soient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert interne à l'assureur. Au contraire, les paramètres objectivement vérifiables que ce médecin traitant avance (l'âge de la patiente, l'examen clinique et l'aspect des tracés obtenus à l'audiogramme tonal et vocal) évoquent le diagnostic de presbyacousie : ce que retient l'expert. Les conclusions du médecin traitant, en tant qu'elles mettent les troubles auditifs, accentués à droite, en relation avec l'agression de janvier 2011, sont fondées essentiellement, sinon exclusivement, sur les déclarations de la recourante, et ne procèdent pour lui que d'une hypothèse qui semble être confirmée (par l'examen clinique et l'aspect des tracés obtenus aux audiogrammes) mais qu'il ne peut affirmer. À bien le comprendre, le paramètre de cette hypothèse, objectivement vérifié par ses propres constatations médicales, est l'asymétrie auditive ; mais son origine (l'agression de janvier 2011) - et c'est bien ici la question essentielle - ne résulte que des affirmations de la recourante. Et en définitive, le médecin traitant concède clairement qu'il n'est objectivement pas possible de prouver que la surdité que présente l'assurée du côté droit est partiellement secondaire à l'agression dont elle a été victime au mois de janvier 2011. La chambre de céans constate donc que le médecin traitant ne remet nullement en cause l'appréciation médicale de la Dresse D\_\_\_\_\_, de sorte que cette dernière conserve toute valeur probante. On remarquera au demeurant que les constatations objectives qu'avaient pu faire les médecins du CHUV le jour même de l'agression, ne sont pas non plus de nature à remettre en cause, voire de susciter le doute au sujet des conclusions de l'expert. En conséquence, au vu des exigences de la jurisprudence en matière de preuves dans le domaine des assurances sociales, on ne saurait, au vu du dossier, considérer que les troubles auditifs dont souffre la recourante entrent dans un rapport de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'agression dont la recourante a été victime le 15 janvier 2011. On ne voit pas non plus quelles mesures d'instruction complémentaires permettraient d'aboutir à une conclusion différente, notamment la mise en œuvre une expertise neutre, à laquelle conclut subsidiairement la recourante. En effet, au vu des conclusions auxquelles la chambre de céans parvient, aux termes de la confrontation des avis de l'expert et du médecin traitant, tous deux spécialistes FMH en ORL, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise. Même à supposer que l'on conçoive que tant l'avis du médecin traitant que celui de l'expert soient insuffisants et dépourvus de valeur probante, on voit guère sur quoi un expert pourrait encore se fonder pour trancher la question de savoir si l'agression subie par la recourante en janvier 2011 pourrait, au degré de la vraisemblance prépondérante, entrer dans un rapport de causalité naturelle avec les troubles auditifs de l'oreille droite dont souffre la recourante.

A/1906/2014 - 21/22 -

**E. 10**

Au vu de ce qui précède, le rapport de causalité naturelle entre les troubles auditifs de l'oreille droite de la recourante l'agression qu'elle a subie le 15 janvier 2011 n'étant pas établi, il n'y a pas lieu d'examiner la question du rapport de causalité adéquate.

**E. 11**

Le droit aux prestations de l'assureur-accident étant nié, il n'y a pas non plus lieu d'entrer en matière sur les prétentions articulées par la recourante.

**E. 12**

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

A/1906/2014 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du

**E. 17**

juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Irène PONCET

Le président

Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique, et communiquée pour information à HELSANA Centre de services case postale 1001 Lausanne par le greffe le

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