

GE_GERICHTE ATAS/399/2020 vom 20. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_399_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/399/2020 du 20 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/399/2020 del 20 maggio 2020

Erwägungen

E. 24

À la demande de l'assurance, le Dr P_____ a répondu aux allégations du conseil de l'assurée en date du 20 mai 2019, comme suit : « Rappelons que j'ai examiné cette assurée à votre demande le 04.03.2019. Elle présentait alors subjectivement des cervicalgies persistantes après un traumatisme cervical indirect de degré II selon la QTF survenu le 05.12.2017. Dès lors qu'on avait établi un statu quo sine au 05.06.2018, soit 6 mois après l'événement. Ceci est contesté par l'avocat. Rappelons que le syndrome cervical post-traumatique persistant est une pathologie, souvent litigieuse au niveau asséculogique, dont l'étiologie reste incertaine et discutée. Le rôle de l'accident est resté jusqu'à ce jour purement hypothétique, et on évoque plutôt des facteurs indépendants du traumatisme, soit des lésions dégénératives, des facteurs psychologiques ou psycho-sociaux, financiers. Sur le plan général, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes dès lors ne peut être considéré comme au plus possible. Le délai de 6 mois pour estimer le statu quo sine s'appuie sur les études épidémiologiques, qui mettent en évidence que la très grande majorité des patients sont asymptomatiques après un tel délai. L'absence de douleurs cervicales avant l'accident n'est pas un argument en faveur d'un lien de causalité. Au total, il n'y a pas de nouveaux éléments, ni lieu de modifier les conclusions de mon expertise du 12 mars 2019 ».

E. 25

En date du 3 juin 2019, l'assurance a rendu une décision selon laquelle le lien de causalité entre les troubles de la santé de l'assurée et l'accident du 5 décembre 2017 n'était plus admis dès le 5 juin 2018, date à laquelle le cas n'était plus à la charge de l'assurance. La décision était fondée sur l'expertise rendue par le Dr P_____ dont le rapport complémentaire était remis en annexe. Il existait un état maladif

- 18/33 - _____

A/3494/2019 antérieur et les troubles dégénératifs du rachis cervical n'avaient pas de lien de causalité avec l'accident. L'assurance ajoutait qu'à « titre exceptionnel », elle acceptait encore de prendre en charge les séances d'ostéopathie d'un montant total de CHF 450.-.

E. 26

Le conseil de l'assurée a fait opposition à la décision, le 7 juin 2019, informant l'assurance que le rapport complémentaire du Dr P_____ n'était pas joint à la décision du 3 juin 2019.

E. 27

À réception du rapport complémentaire du Dr P_____ – soit le courrier du 20 mai 2019 de l'expert à l'assurance - le conseil de l'assurée a informé l'assurance, par courrier du 27 juin

2019, qu'il était « inadmissible » de se fonder sur des études épidémiologiques et non sur l'examen de l'assurée pour rédiger ce rapport complémentaire, et a demandé une contre-expertise.

E. 28

Le 3 juillet 2019, l'assurance a versé à l'assurée le montant de CHF 450.- sur son compte bancaire, pour le paiement des séances d'ostéopathie.

E. 29

Par décision du 20 août 2019, l'assurance a confirmé sa décision du 3 juin 2019, refusant la prise en charge. Celle-ci se fondait sur l'expertise du Dr P_____ dont les conclusions étaient bien motivées et concluantes et fixant le statu quo sine « très largement » six mois après l'accident.

E. 30

Par mémoire du 20 septembre 2019, le conseil de l'assurée a recouru contre la décision sur opposition de l'assurance, rendue le 20 août 2019. Elle a contesté catégoriquement les conclusions de l'expertise du Dr P_____. Selon la recourante, le Dr P_____ s'était fondé sur des éléments subjectifs pour parvenir à ses conclusions et n'avait pas pris en compte les constatations des médecins traitants, les Drs C_____ et N_____. La recourante relevait également la « mauvaise foi » de l'intimée qui ne l'avait pas informée du fait qu'elle ne prendrait pas en charge le coût des prestations postérieures au 5 juin 2018, bien qu'elle ait ensuite tout de même accepté la prise en charge financière de certaines d'entre elles. Pour ces raisons, la recourante concluait à l'annulation de la décision du 20 août 2019 avec frais et dépens et qu'il soit dit que l'intimée devait prendre en charge tous les frais médicaux liés à l'accident du 5 décembre 2017.

E. 31

L'intimée a répondu par mémoire du 21 octobre 2019. Elle a rappelé les constatations du rapport d'expertise médicale du Dr P_____, daté du 12 mars 2019, qui, considérant l'absence de fracture ou de gravité de l'accident du 5 décembre 2017, estimait que les troubles de la santé dont souffrait la recourante étaient de nature malade, à savoir des troubles dégénératifs du rachis cervical. Selon l'expert, une composante non-organique était probable ; par ailleurs, l'assurée ne souffrait pas d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique et l'absence de douleurs cervicales avant l'accident alléguées par l'assurée ne permettaient pas de conclure à un lien de causalité. Dès lors, l'intimée confirmait sa décision du 20 août 2019 selon laquelle le lien de causalité entre

- 19/33 -

A/3494/2019 l'accident et les troubles de la santé n'était plus admis dès le 5 juin 2018, ce qui n'était contredit par aucun rapport médical, y compris par les médecins traitants.

E. 32

En date du 21 novembre 2019, la recourante a répliqué et persisté dans ses conclusions, en alléguant que l'expertise du Dr P_____ était contredite par plusieurs rapports médicaux, ce qui impliquait qu'une nouvelle expertise, de nature judiciaire, devait être mise en œuvre. S'y ajoutait la « mauvaise foi » de l'intimée qui n'avait jamais informé la recourante, avant le 7 juin 2019, de la non prise en charge de certains frais médicaux.

E. 33

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). I Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles de la santé de l'assurée étaient encore en lien de causalité avec l'accident du 5 décembre 2017, après la date du 5 juin 2018 retenue par l'assurance. 4. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou

- 20/33 -

A/3494/2019 immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). 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). c. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-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.). 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 un période de latence (par ex., 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 - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). Si 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

- 21/33 -

A/3494/2019 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). d. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). 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). Selon la pratique du coup du lapin, l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du coup du lapin – dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insgesamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme

crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). 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 (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non

- 22/33 -

A/3494/2019 pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions ; l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; l'intensité des douleurs ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature

- 23/33 -

A/3494/2019 particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). 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). Il a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3). Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 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). Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4). Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1).

- 24/33 -

A/3494/2019 5. a. 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). 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 crânio-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

- 25/33 -

A/3494/2019 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). 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).

b. 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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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). c. 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 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).

- 26/33 -

A/3494/2019 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). d. 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). e. 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_751/2010 du 20

juin 2011 consid. 2.2). 6. 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

- 27/33 -

A/3494/2019 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). 7. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 8. La recourante considère que la date du 5 juin 2018, retenue par l'intimée comme étant celle du statu quo sine, est inexacte et a été arrêtée par l'intimée sur la base d'une évaluation « subjective » de l'expert.

En l'espèce, conformément à la jurisprudence établie en matière de « coup du lapin » il convient préalablement de catégoriser l'accident selon son degré de gravité et d'examiner la concomitance d'éventuelles circonstances objectives afin d'évaluer le lien de causalité entre l'accident et les troubles de la santé. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'examen d'un tel lien peut en principe être nié. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain). Si l'accident n'est ni insignifiant ni grave, on doit le qualifier d'accident de gravité moyenne. Dans son arrêt du 13 septembre 2005, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que lorsqu'un véhicule était percuté par l'arrière alors qu'il était à l'arrêt, l'accident pouvait être qualifié de gravité moyenne, en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

- 28/33 -

A/3494/2019 Bien que l'on ignore quelle était la vitesse avec laquelle le véhicule suiveur a percuté celui de la recourante, celle-ci a décrit le choc comme violent. Selon la jurisprudence on ne peut se fonder sur la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident. Considérant que l'accident s'est produit dans une zone où la vitesse était limitée à 50 km/heure et que selon les déclarations de l'assurée, sa tête n'a pas été projetée en avant et l'airbag ne s'est pas déclenché, la chambre de céans considère au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident était de gravité moyenne. Il convient d'examiner si les critères objectifs dégagés par la jurisprudence sont venus s'ajouter à la gravité moyenne de l'accident. En l'état, selon les circonstances de l'accident telles qu'elles ressortent du dossier et ayant fait l'objet d'un constat amiable sans intervention de la police, il n'apparaît pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident. S'agissant de la gravité ou de la nature particulière des lésions, ce critère ne peut être retenu. Le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible n'est pas non plus rempli. S'agissant de l'intensité des douleurs, ce critère est particulièrement subjectif, toutefois la recourante n'a pas semblé souffrir de douleurs intenses après l'accident, ce d'autant moins si l'on considère les douleurs dont elle souffrait déjà avant l'accident selon ses propres déclarations à l'expert (migraines, céphalées notamment). Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical qui aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. Ni de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes. Enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assurée a été de 100% jusqu'au 18 janvier 2018, de 50% jusqu'au 6 avril 2018 et de 25% jusqu'au 1er février 2019, soit une amélioration progressive de la capacité de travail. Etant toutefois précisé que selon l'expert, aucun élément de gravité ne permet d'expliquer au-delà de six mois après l'accident un tableau subjectif suffisamment sévère n'ayant pas permis à l'assurée de reprendre plus précocement son activité professionnelle à temps plein.

La chambre de céans considère qu'aucun des critères concomitants objectifs examinés supra n'est présent au degré de la vraisemblance prépondérante. Dès lors, il sera retenu que l'accident a été de gravité moyenne sans présence d'un des critères objectifs établis par la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

- 29/33 -

A/3494/2019 Néanmoins, le lien de causalité entre l'accident et les troubles de la santé de la recourante n'est pas contesté par l'intimée jusqu'au 5 juin 2018 et doit être admis, à tout le moins jusqu'à cette date-là.

S'agissant de déterminer si la date arrêtée par l'intimée au 5 juin 2018 pour fixer le statu quo sine peut être admise comme hautement vraisemblable, il faut préalablement examiner la qualité de l'expertise sur laquelle s'est fondée l'intimée pour fixer cette date, ce qui sera analysé infra. 9. En l'espèce, la recourante conteste les conclusions de l'expert et demande préalablement qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Le dossier ne manque pas d'avis médicaux, ces derniers pouvant même être considérés comme surabondants si l'on observe que trois examens ENMG du bras gauche ont été effectués par la recourante entre janvier et septembre 2018. Selon la jurisprudence, une expertise (administrative ou judiciaire) devrait être effectuée dans les cas de « coup du lapin » dans les six mois qui suivent le début des

plaintes. Les plaintes ont commencé en janvier 2018 et l'on peut certes, reprocher à l'intimée de n'avoir pas mis en œuvre une expertise avant le mois de mars 2019. Cela étant, il convient d'examiner si l'expertise rendue par le Dr P_____ remplit les critères jurisprudentiels exposés supra afin de pouvoir lui accorder une valeur probante. Par courrier du 11 avril 2019, le conseil de la recourante a reproché à l'expertise ses conclusions « arbitraires et contraires à la bonne foi » et considéré que l'expert s'écartait sans raison des conclusions de ses confrères (soit les médecins traitants de la recourante). Selon le conseil, il était « notoire et prouvé que dans 40% des cas de « coup du lapin » les plaintes se poursuivent pendant plus d'un an et nécessitent une prise en charge médicale ». Les critiques quelque peu péremptoires du conseil de la recourante manquent de précision, si ce n'est pour relever que les conclusions de l'expert divergent de celles des médecins traitants de l'assurée, ce qui ne suffit pas pour discréditer l'expertise. De même, l'allégation selon laquelle dans 40% des cas de coup du lapin, les plaintes se poursuivent pendant plus d'un an et nécessitent une prise en charge médicale implique nécessairement que dans 60% des cas, les plaintes ne se poursuivent pas au-delà d'un an et/ou ne nécessitent pas de prise en charge médicale. Cet argument ne peut être retenu. En l'état, l'expert parvient à des résultats convaincants. Ses conclusions sont sérieusement motivées, et l'on ne voit pas de contradiction ou d'indice concret permettant d'en mettre en doute le bien-fondé. La recourante n'expose d'ailleurs aucun élément contradictoire pouvant faire douter de la qualité de l'expertise si ce

- 30/33 - _____

A/3494/2019 n'est – et ce point sera abordé infra – les opinions contraires des médecins traitants de l'assurée. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. 10. S'agissant des conclusions de l'expertise, la recourante les conteste, au motif qu'elles divergent des conclusions de ses propres médecins traitants. On observera tout d'abord qu'aussi bien les médecins traitants que l'expert s'accordent à reconnaître que l'accident a causé un trouble de type « coup du lapin » ce qui a conduit l'intimée à en assurer la prise en charge. Comme le montre la radiographie effectuée le 8 décembre 2017 – soit trois jours après l'accident – par le Dr B_____, il n'y a aucune trace de fracture ou d'anomalie à caractère traumatique. Dans son rapport du 23 janvier 2018, le Dr D_____, médecin adjoint au service de neurologie, parle d'un « traumatisme cervical bénin sur AVP le 05.12.2017 ». La recourante oppose les conclusions de l'expert à celles de ses propres médecins traitants, les Dr C_____ et N_____, toutefois elle n'explique nulle part précisément dans ses écritures, en quoi les conclusions de l'expert seraient différentes de celles du Dr C_____. S'agissant des contradictions entre les conclusions de l'expert et celles du Dr N_____, la recourante expose uniquement que ce dernier considère dans son rapport du 10 décembre 2018 que « l'électroneurographie semblerait exclure une problématique de récurrence d'incarcération du nerf cubital à gauche ». Le Dr P_____ quant à lui estime que les ENMG de janvier, avril et septembre 2018 « ne vont donc pas confirmer la suspicion clinique d'une récurrence de neuropathie ulnaire, ni l'hypothèse d'un éventuel double crush syndrom ». Sur cette apparente contradiction, il convient de constater que le Dr N_____ est loin d'être affirmatif employant le conditionnel « semblerait exclure », alors que le Dr P_____ considère que les ENMG ne confirment pas « la suspicion clinique d'une récurrence de neuropathie ulnaire ». Il convient également d'ajouter que le Dr P_____ écarte l'hypothèse

du double crush syndrom évoqué brièvement et uniquement comme hypothèse par la Dresse J_____ dans son rapport du 7 mars 2018 « Hypothèse du double crustr. étirement racines cervicales lors du coup du lapin ont réveillé neuropathie ulnaire sous- jacente ». De même que l'expert considère que contrairement à ce que pense le Dr L_____, la sténose foraminale n'est pas symptomatique, étant encore précisé que le Dr L_____ est le seul médecin consulté étant arrivé à cette conclusion.

- 31/33 - _____

A/3494/2019 Les opinions prétendument contradictoires sont donc beaucoup plus nuancées que ne l'affirme la recourante. S'y ajoute le fait que tous les médecins rappellent les complications antérieures de la recourante, soit les deux opérations du nerf cubital au coude gauche, en 2005 puis en juillet 2017, soit avant l'accident. Et tous admettent également la composante dégénérative entrant en ligne de compte dans l'examen du rachis cervical. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'existe pas d'élément de contradiction manifeste et objective entre les constatations des médecins traitants et celles de l'expert qui amènerait à douter des résultats de l'expertise au degré de la vraisemblance prépondérante. 11. La qualité de l'expertise étant reconnue et les contradictions alléguées par la recourante devant être nuancées, il convient à présent d'examiner si des éléments objectifs permettent de mettre en doute la date du 5 juin 2018, retenue par l'intimée comme étant celle du statu quo sine. Le médecin-conseil de l'intimée, le Dr M_____, avait déjà dans son rapport du 8 mai 2018 avancé le chiffre de six mois maximum au-delà desquelles il n'y avait plus de rapport entre l'accident et les troubles de la santé. L'expert P_____ arrive aux mêmes conclusions, fixant la durée des troubles également à six mois au titre du statu quo sine, soit le délai dans lequel les troubles de la santé préexistants auraient de toute façon conduit au même stade d'évolution même en l'absence d'accident. Cette hypothèse est objectivement renforcée par l'existence des troubles de la santé dont souffrait la recourante avant l'accident. La recourante ne fait valoir aucun élément pertinent qui serait de nature à remettre en question cette appréciation, ni ne propose une autre date qui reposerait sur des constatations objectivement démontrables. Dès lors, la chambre de céans considère qu'au vu du dossier et de l'expertise, la date fixée par l'intimée apparaît comme la plus probable et présente le degré de vraisemblance prépondérante requis. Ainsi, en présence, comme en l'espèce, d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique objectivable consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne vertébrale, à un traumatisme analogue ou à un traumatisme crânio-cérébral, et en l'absence de critères objectifs lors d'un accident de gravité moyenne, le lien de causalité entre l'accident du 8 décembre 2017 et les atteintes à la santé de la recourante, au-delà du 5 juin 2018, doit être nié. 12. Le dernier argument soulevé par la recourante est celui de la mauvaise foi de l'intimée qui se serait engagée à assumer certains frais médicaux avant de revenir sur ses engagements.

- 32/33 - _____

A/3494/2019 Par courriel du 22 octobre 2018, l'assurance a accepté la prise en charge de 36 séances de physiothérapies supplémentaires, suite à la demande du 8 octobre 2018 de l'assurée. L'intimée a confirmé en date du 25 septembre 2019, la prise en charge des factures de physiothérapie que le conseil de l'assurée lui avait communiquées le 20 août 2019. Parallèlement et à bien plaisir, l'assurance a accepté de prendre en charge des frais

d'ostéopathie à hauteur de CHF 450.-. Le versement a été effectué en date du 3 juillet 2019. Dès lors, l'intimée ayant donné suite à ses engagements de prendre en charge les frais de physiothérapie - ainsi qu'à bien plaisir des frais supplémentaires d'ostéopathie - l'argument de sa mauvaise foi doit être écarté. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

- 33/33 -

A/3494/2019

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

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