

GE_GERICHTE ATAS/43/2018 vom 22. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_43_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/43/2018 du 22 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/43/2018 del 22 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. Par ailleurs, au 1er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'accident est antérieur à cette date, le droit

A/4305/2016 - 15/34 - de la recourante à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015), d'autant que dans le cas d'espèce la modification légale ne concerne pas que la problématique litigieuse.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 4

Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés sont en lien de causalité avec l'accident du 4 décembre 2015, singulièrement quel est le droit de la recourante aux indemnités journalières dès le 20 octobre 2016.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le

dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il 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

A/4305/2016 - 16/34 - (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 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.). 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). 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). 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

A/4305/2016 - 17/34 - 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 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 ;

A/4305/2016 - 18/34 - - 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 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). Nonobstant ce qui précède, 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 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. Casuistique:

A/4305/2016 - 19/34 - Circonstances concomitantes particulièrement dramatiques: Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de «circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident» a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 et les références). Accidents de gravité moyenne: 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).

Accidents de gravité moyenne, à la limite des cas graves:

A/4305/2016 - 20/34 - Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du

E. 7

En l'espèce, pour l'essentiel, la recourante remet en cause la valeur probante des documents médicaux ayant servi de base à la décision entreprise. Il s'agit donc de déterminer si les rapports médicaux successifs de la CRR et du médecin d'arrondissement, le Dr I_____, peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. a. Au début mai 2016, cinq mois après l'accident, devant la persistance de troubles, respectivement de douleurs, perceptibles cliniquement (constatables avec l'examen médical), mais auxquels un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle mise en évidence par des méthodes d'investigation technique ou d'imagerie scientifiquement reconnue faisait défaut, le Dr I_____ a proposé à la SUVA d'adresser l'assurée à la CRR pour une évaluation interdisciplinaire, réalisée du 6 au 8 juin 2016. Cette mesure d'instruction, entreprise à ce moment-là, était conforme aux recommandations jurisprudentielles rappelées ci-dessus (le Tribunal fédéral considère en effet indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une

A/4305/2016 - 24/34 - 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 [ATF 134 V 109 consid. 9.4]). La chambre de céans reconnaît au rapport de la CRR du 9 juin 2016 (cf. ch. 12 en fait) une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée précédemment (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb): il est fondé sur une connaissance approfondie du dossier, sur une anamnèse complète, les experts ayant pris en compte les plaintes de l'assurée; les examinateurs de la CRR ont personnellement examiné l'intéressée, et procédé à des examens complémentaires, prenant en compte les avis exprimés par les médecins traitants; tant le rapport principal que les rapports complémentaires annexés (soit l'examen neurologique du 6 juin 2016, le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 6 juin 2016 et l'évaluation psychiatrique du 8 juin 2016), aboutissent à des conclusions convaincantes, et aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé. Du reste, aucun des médecins traitants n'a émis la moindre critique au sujet de ce rapport, qui a d'emblée été adressé en copie au médecin traitant. Certes l'assurée elle-même a rapidement critiqué ce rapport: elle y a relevé pour l'essentiel des erreurs de pure forme (par exemple la date de l'accident - 21 au lieu de 4 décembre 2015 -); elle reproche aux auteurs du rapport de ne pas avoir précisé certains éléments à l'endroit où elle les aurait souhaités (par exemple : à l'anamnèse

socioprofessionnelle (p. 4 du rapport), lorsqu'il est mentionné qu'elle entretient actuellement le ménage, prépare les repas au gré de ses possibilités, elle reproche aux experts de ne pas avoir mentionné le fait qu'elle était assistée six heures par semaine par une aide-ménagère. Elle y voit une lacune qui selon elle fausserait totalement les résultats et constatations. On relèvera toutefois que d'une part les médecins l'avaient relevé en p. 2 de leur rapport, dans le résumé du dossier, - montrant bien qu'ils n'ont pas ignoré cet élément -. Contrairement à ce que pense l'assurée, l'appréciation des experts est cohérente, et conforme aux faits: indépendamment de l'aide apportée ponctuellement, par une tierce personne, cela ne l'empêche pas de déployer les activités de la vie quotidienne y compris les tâches ménagères. On relèvera d'autre part que le fait que son médecin traitant lui ait prescrit une aide-ménagère, et ait régulièrement prolongé cette prescription, n'est pas en soi une preuve sur le plan médical. On relèvera encore parmi les griefs de la recourante, le fait que les experts n'aient pas précisé que l'un des examens IRM (colonne cervicale -18/1/2016), n'aurait pas été « fini » selon la recourante. En réalité, comme le mentionne le rapport radiologique, cet examen n'a pas dû être interrompu; il n'a pas pu être pratiqué selon le protocole habituel (quatre séquences "seulement") en raison de la claustrophobie de la patiente. Cela n'a pas empêché l'obtention d'un résultat fiable, confirmant l'absence de lésion notamment, conclusion qui a été confirmée par le médecin d'arrondissement, et qui n'est pas remise en cause par le médecin traitant, ni par le Dr P_____.

A/4305/2016 - 25/34 - Quoi qu'il en soit l'assurée a soumis ses remarques à la CRR, qui s'est prononcée par courrier du 8 août 2016, confirmant les modifications à apporter, et à l'occasion, l'auteur du rapport initial a du reste relevé spontanément une autre coquille (mention de l'âge de la patiente - 47 ans au lieu de 37 ans -). Le Dr K_____ précise, pour clore, que ces modifications ne changent rien au fond des conclusions du rapport. La chambre des assurances sociales remarque en effet qu'une lecture attentive et objective du rapport permet non seulement de remarquer d'emblée les petites erreurs formelles signalées par la recourante, mais également de constater qu'elles ne sont pas significatives quant au fond, et ne sauraient être de nature à jeter le moindre doute quant aux conclusions des experts. On notera également que, s'agissant des médecins traitants de la recourante, soit le Dr E_____, généraliste, et le Dr O_____, - neurologue qui la suivait déjà depuis un an et demi au moment de l'accident pour les céphalées dont elle souffre depuis fort longtemps, ne remettent pas en cause les constatations et appréciation des experts de la CRR. b. S'agissant des rapports du Dr I_____, ba. L'assurée a été examinée par le Dr I_____ le 11 juillet 2016 (ch. 15 en fait). Le médecin d'arrondissement a rappelé l'évolution chronologique de l'instruction du dossier et de l'état de santé de l'assurée, a relevé les déclarations de l'intéressée, de manière détaillée: l'évolution actuelle du genou gauche est favorable; au niveau des cervicalgies, elle se plaint de douleurs quasi-permanentes ; elle déclare porter un collier cervical en mousse de deux à cinq heures par jour; à défaut elle a l'impression que sa nuque « va la lâcher ». Elle dit ressentir une tension musculaire au niveau du rachis dorsal moyen, et une impression de points douloureux bien localisés au niveau du rachis cervical haut. Il existe occasionnellement avec la fatigue une douleur irradiant vers les deux épaules, mais sans aucune irradiation brachiale. Survenance de douleurs nocturnes parfois insomniantes, variant en fonction de son activité au cours de la journée passée. Sur le plan de la conduite automobile, elle se déclare très gênée, avec notamment des épisodes d'angoisse importants, et pleure en les évoquant. Elle est parfois incapable de rouler pendant une dizaine de minutes. Il n'y a aucun élément déclencheur. Sur le plan thérapeutique: elle ne prend pas de médicaments, car elle se déclare « intolérante à tout ». Elle suit un

traitement par oxygénothérapie pour les algies vasculaires de la face. Elle déclare également être claustrophobe lors des examens IRM qui ont été réalisés, et mentionne que l'examen cervical n'a pas pu être effectué dans son intégralité comme cela est mentionné sur le rapport du radiologue. Elle suit deux séances de physiothérapie chaque semaine: séances d'étirement suivies de massage et de physiothérapie. À l'issue de ces séances, elle constate un gain modeste en flexion. Des séances de psychothérapie avec hypnose avaient été recommandées à Sion. Elles n'ont pas débuté; elle pensait que la convocation de ce jour était destinée à l'adresser chez un confrère pratiquant l'hypnose. L'examinateur a ensuite énuméré ses constatations à l'examen, relevant notamment le résultat de l'examen du rachis cervical, indiquant que, sur le plan psychiatrique, on peut se rapporter au rapport de

A/4305/2016 - 26/34 - la CRR. S'agissant de l'imagerie, il se réfère notamment aux clichés des examens IRM réalisés, notamment au niveau du rachis cervical, et apportés sur CD par l'assurée. Cet examen ne met pas en évidence de lésions anatomiques. Le rachis a néanmoins pu être évalué, même si l'examen a dû être interrompu prématurément. Il a retenu les deux diagnostics de traumatisme du rachis cervical et de cervicalgies persistantes depuis sept mois. Quant à son appréciation, il a rappelé que l'assurée avait été victime d'un accident de la voie publique il y a sept mois et les circonstances de celui-ci. Devant la persistance de cervicalgies, et un bilan iconographique normal, sans particularité, l'assurée avait bénéficié d'un séjour d'évaluation à la CRR. Il avait été retenu en conclusion l'intérêt de poursuivre une psychothérapie avec séance d'hypnose, d'autre part une rééducation basée sur des mesures actives. La patiente avait suivi une trentaine de séances de physiothérapie jusqu'à ce jour. Sur le plan somatique, on peut s'attendre, pour les seules suites de l'événement à charge de l'assureur-accident, une reprise de l'activité professionnelle après avoir complété la physiothérapie pour un travail d'ici à deux mois au plus tard. Copie de ce rapport a été adressée au médecin traitant avec l'autorisation expresse de l'assurée. Les conclusions de ce rapport sont convaincantes, exemptes de contradictions. Elles n'ont d'ailleurs fait l'objet d'aucun commentaire et encore moins de contestations de la part du médecin traitant qui en a reçu immédiatement une copie. La chambre des assurances sociales lui reconnaît une pleine valeur probante. bb. Le 8 octobre 2016, le Dr I_____, sollicité par la SUVA pour qu'il se prononce sur la capacité de travail de l'assurée, a procédé à une nouvelle appréciation médicale et répondu par courrier du 10 octobre 2016 (ch. 19 en fait). Dans son opposition du 5 novembre 2016, la recourante faisait grief au médecin d'arrondissement d'avoir attesté une capacité de travail à 50 % dès le 20 octobre 2016 et à 100 % dès le 2 novembre 2016 sans l'avoir examinée, et invoquait de "nouveaux" renseignements médicaux, parmi lesquels sa prise en charge en hypnothérapie. C'est omettre que le Dr I_____ l'avait personnellement examinée le 11 juillet 2016, et qu'il avait alors conclu que sur le plan somatique, on pouvait s'attendre, pour les seules suites de l'événement à charge de l'assureur-accidents, une reprise de l'activité professionnelle après avoir complété la physiothérapie pour un travail d'ici à deux mois au plus tard. Il avait alors retenu du rapport de la CRR, sur le plan psychique, que ces médecins préconisaient, en l'absence de diagnostic psychiatrique directement lié aux suites de l'accident une prise en charge psychothérapeutique comportant notamment des séances d'hypnose. Selon le rapport du Dr L_____, on ne retrouve pas de symptôme-clé de l'état de stress post-traumatique. Par contre on peut observer des comportements d'évitement qui s'organisent sur un mode phobique, que ce soit par rapport à la conduite automobile, mais également de façon plus étendue, la patiente envisageant difficilement un voyage en avion. Bien

A/4305/2016 - 27/34 - qu'un état de stress post-traumatique constitué ne puisse être mis en évidence, il faut tout de même considérer qu'il existe chez cette patiente des traces psychiques évocatrices d'un accident mal assimilé et mal surmonté, ce qui génère des comportements phobiques. C'est anxiété phobique, survenant dans un espace-temps encore inférieur à six mois de son accident peut entrer dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Il remarque également que malgré les ressources personnelles de la patiente, il n'en demeure pas moins qu'elle se sent particulièrement envahie par sa symptomatologie douloureuse, qui intègre ses antécédents (algies vasculaires), et sur laquelle se greffent ses douleurs cervicales et dorsales. La composante psychologique, à savoir le trouble anxieux qui s'est développé après son accident est susceptible de compliquer l'évolution. C'est ainsi qu'en raison des symptômes anxieux qui s'organisaient depuis plusieurs mois et qui généraient des comportements d'évitement (avec des stratégies compensatoires), l'examinateur spécialiste en psychiatrie avait formulé la proposition susmentionnée, retenue dans le rapport d'évaluation interdisciplinaire. Le Dr I _____ en avait tenu compte dans son appréciation du 11 juillet 2016, et proposé de transmettre le cas au médecin-psychiatre conseil de la SUVA pour notamment recueillir son avis concernant les séances d'hypnose. C'est ainsi que le cas de la recourante a fait l'objet d'une appréciation psychiatrique par le psychiatre-conseil de l'intimée, le 20 juillet 2016, lequel, se fondant sur le rapport de la CRR et le diagnostic retenu de troubles de l'adaptation, retenait la causalité naturelle entre ce diagnostic et l'accident, et proposait la prise en charge spécialisée sur une durée maximum de trois à six mois, axée sur les aspects comportementaux qui ne devraient donc pas se limiter simplement à des séances d'hypnose mais inclure également des séances d'exposition pour aider la patiente à surmonter ses comportements d'évitement. Sa recommandation a d'ailleurs été suivie par la SUVA qui a accepté la prise en charge d'une telle thérapie, jusqu'au 31 décembre 2016. Cet aspect a été pris en compte dans l'appréciation du Dr I _____ du 8 octobre 2016, de même d'ailleurs que le rapport du médecin traitant du 14 septembre 2016 qui prolongeait l'incapacité de travail jusqu'au 16 octobre 2016 à l'époque, le médecin d'arrondissement concluant néanmoins qu'à la lumière de l'ensemble du bilan réalisé tant à l'agence qu'à la CRR concluant à un traumatisme bénin sans lésions structurelles anatomiques sous-jacentes, on pouvait s'attendre dès ce jour à une reprise de l'activité professionnelle de façon progressive (à 50 % dès le 10 octobre 2016 puis à 100 % à partir du 2 novembre 2016. bc. Enfin, le Dr I _____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale le 28 octobre 2016, sur la base des pièces médicales nouvelles que l'assuré avait soumises à la SUVA, soit le rapport de consultation neurologique (Dr O _____), du 12 juillet 2016, et le rapport du médecin traitant (Dr E _____) du 19 octobre 2016. Certes sommaire, cette nouvelle appréciation médicale, confirmant la précédente, est néanmoins cohérente et peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

A/4305/2016 - 28/34 -

c. Dans son recours, l'assurée considère que les appréciations successives du médecin d'arrondissement de l'intimé ne revêtaient pas une valeur probante suffisante pour permettre de s'écarter des avis convergents des Drs O _____ et E _____, selon lesquelles elle est toujours en arrêt de travail à 100 % et reste très affectée par ces contractures cervicales et dorsales. ca. On rappellera que la recourante est traitée depuis le mois d'août 2014, soit un an et demi avant l'accident du 4 décembre 2015, par le Dr O _____, à raison de céphalées, qui existaient depuis plusieurs années auparavant, taxée d'algie vasculaire de la face

pharmaco-résistante. Ceci a d'ailleurs été retenu par les médecins de la CRR. Force est de constater que l'avis du Dr O_____ du 12 juillet 2016 ne se prononce pas du tout sur les conclusions du Dr I_____, et ses constatations ne permettent pas de remettre en cause ni de jeter le doute sur les conclusions du médecin d'arrondissement. Le neurologue indique qu'il vient de revoir la patiente, affirmant qu'elle est toujours invalide par ses douleurs cervicales inhabituelles, et qu'il ne lui connaissait pas ces symptômes dans les précédentes consultations, consacrées uniquement à la gestion de son AVF. Il note que la raideur rachidienne et les douleurs cervicales évoquées seraient apparues depuis mai 2016, «possiblement» consécutivement à l'accident qu'elle a eu. Ce médecin ne fait que répercuter les plaintes de la patiente, indiquant qu'il ne « pense pas » que ces signes soient en rapport avec l'algie vasculaire de la face, mais il ne dit pas comment ils pourraient s'expliquer. Ce rapport ne peut manifestement pas revêtir une force probante, dans la mesure où il n'est fondé sur aucune anamnèse, ni sur l'ensemble du dossier, se concentrant quasiment exclusivement sur la problématique de l'AVF. Il ne discute nullement les rapports médicaux versés au dossier, notamment l'imagerie qui ne montre aucune lésion, ni le rapport des médecins de la CRR, ni ceux, successifs, du médecin d'arrondissement de l'intimée, de sorte qu'il ne saurait jeter le doute sur les conclusions du Dr I_____. Il en va de même du bref rapport intermédiaire du médecin traitant du 19 octobre 2016, auquel il ne saurait être reconnu de valeur probante, son contenu n'étant pas motivé, se bornant à reprendre des éléments déjà connus, et pris en compte par les médecins de la CRR, respectivement par le Dr I_____.

À cet égard, il n'est pas indifférent de relever au nombre des griefs de la recourante, que cette dernière reproche au médecin d'arrondissement de ne pas se fonder ni de tenir compte de l'AVF pharmaco-résistante dont elle précise qu'elle est responsable d'un handicap fonctionnel, lorsque les crises se déclenchent et justifient son incapacité à 100 %. En cela, la recourante n'a manifestement pas compris la différence entre les conditions posées pour donner droit aux prestations prévues par la LAA, et celles qui sont du ressort de l'assurance-invalidité, voire de l'assurance-maladie. Ainsi, si l'incapacité de travail persistante de l'assurée devait être attribuée à l'AVF, elle n'entre évidemment pas en ligne de compte dans l'examen du rapport de causalité adéquate entre les troubles incapacitants actuels, respectivement au

A/4305/2016 - 29/34 - moment de la décision entreprise, et l'accident du 4 décembre 2015; sinon dans la meilleure des hypothèses pour exclure cette causalité adéquate. Ainsi l'on ne saurait faire grief au Dr I_____, de ne pas l'avoir retenu comme un élément justifiant l'incapacité de travail, celle-ci ne devant être conçue, dans le contexte du dossier d'assurance-accidents qu'en relation avec l'accident en cause.

cb. Quant au rapport d'expertise du Dr P_____, produit par la recourante en cours de procédure, celui-ci n'apporte aucun élément nouveau. Contrairement à l'idée que semble se faire la recourante, ce rapport n'a pas valeur d'expertise. Tout au plus constitue-t-il une allégation de partie. Dès lors, la chambre de céans estime ne pas avoir à solliciter de plus amples renseignements, notamment par rapport aux qualifications et à la qualité de spécialiste reconnu de ce médecin, dont le rapport ne mentionne pas la spécialité. La liste des experts judiciaires près la cour d'appel de Chambéry de 2017, publiée sur Internet à l'adresse suivante: http://www.ca-chambery.justice.fr/art_pix/Listespe120517.pdf le mentionne pour les domaines de la biologie et médecine du développement et de la reproduction, de l'hématologie et de la transfusion, des maladies infectieuses et tropicales,

de la bactériologie-virologie et hygiène hospitalière, de l'hématologie et de l'immunologie biologique, domaines assez éloignés des caractéristiques du cas d'espèce. Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence rappelée précédemment, 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. (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Dans le cas d'espèce, la chambre de céans ne saurait toutefois reconnaître une valeur probante à ce rapport, pour les raisons qui vont suivre. Il ne repose manifestement pas sur une pleine connaissance du dossier, les points litigieux importants n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée; il ne se fonde pas sur des examens complets: le résultat de l'examen clinique est extrêmement sommaire et tient en trois lignes, le médecin relevant : « extension douloureuse de la tête à partir de 30°. Distance doigt/sols : 35 cm. Abduction des membres supérieurs droit et gauche limitée à 100° à partir du corps. Taille 176 cm-poids 84 kg (prise de 4 à 5 kg récemment). » L'examineur se contente d'une description très sommaire des faits, les documents médicaux pris en compte sont très partiels. Il ne discute pas la question du lien de causalité. Ceci dit, en ce qui concerne l'imagerie, à l'instar de tous les médecins qui se sont prononcés dans ce dossier, le Dr P_____ constate que l'ensemble de l'imagerie, radiographies et IRM en 2016, ne montre pas de lésions spécifiques liées au traumatisme crânien diagnostiqué le jour de l'accident du 4 décembre 2015. Pour le reste, ce médecin se borne à affirmer que la patiente est toujours en arrêt de travail et qu'elle continue à se plaindre de douleurs cervicales et dorsales ne permettant pas une reprise de travail. En cela, il ne fait que prendre en compte le point de vue de la recourante. Quant à ses conclusions, elles

A/4305/2016 - 30/34 - ne procèdent que d'affirmations non discutées ni étayées par la moindre motivation: il se contente pratiquement de reprendre les conclusions sinon le contenu des prescriptions des médecins traitants, les impressions subjectives de la patiente (ainsi : « Les douleurs dues à l'algie vasculaire de la face sont sans rapport avec les douleurs vertébrales et cervicales. Les conséquences de l'accident du 4 décembre 2015 nécessitent toujours des séances de kinésithérapie à raison de 2 × 45 minutes par semaine soient 1h30 par semaine. Le port de minerve est ressenti comme absolument nécessaire par Madame A_____. La reprise du travail actuellement n'est pas possible et son médecin généraliste prescrit toujours des arrêts de travail. Le travail d'aide-soignante est un métier physique nécessitant l'absence de troubles musculo-squelettique. Il a également été prescrit à Madame A_____ des aides ménagères à domicile (cf. ordonnance). Les arrêts de travail prescrit par le Docteur S_____, médecin généraliste, sont justifiées et nécessaires.) Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne saurait considérer ce rapport comme le résultat d'une étude fouillée et approfondie sur les questions litigieuses essentielles. Ce rapport ne convainc pas.

E. 8

Il résulte de ce qui précède que les rapports médicaux sur la base desquels la SUVA a rendu sa décision sur opposition du 18 novembre 2016 peuvent tous se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est pas le cas, pour les raisons exposées, des avis exprimés par les médecins traitants de la recourante, de même que l'avis du Dr P_____ produit en procédure de recours. Il convient dès lors de vérifier si la décision entreprise a nié à juste titre le rapport de causalité adéquate entre les troubles persistants chez l'assurée, et l'accident du 4 décembre 2015. Au vu des principes légaux et jurisprudentiels rappelés

précédemment, que l'intimé avait déjà correctement énoncés dans la décision entreprise, il est manifeste que l'accident litigieux doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu. Les médecins de la CRR ont retenu le diagnostic de contusion rachidienne chez une assurée présentant un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (phobique), une algie vasculaire de la face qu'un excès pondéral. Le bilan radiologique du rachis n'a pas montré d'atteinte significative. Aucune lésion organique susceptible d'expliquer l'état douloureux n'a été retrouvée (atteinte de la catégorie II définie précédemment). Le pronostic était bon à moyen terme, l'assurée disposant de ressources personnelles et d'un environnement professionnel favorables, mais la composante psychologique était susceptible de compliquer l'évolution, raison pour laquelle le spécialiste en psychiatrie a préconisé la prise en charge d'une psychothérapie, pour une durée limitée, comportant notamment des séances d'hypnose. Quoi qu'il en soit de la capacité de travail, qui peut notamment être réduite pour des raisons étrangères à l'accident, dans la mesure où les troubles dont se plaint l'assurée ne peuvent pas s'expliquer d'un point de vue organique, il s'agit d'examiner la causalité adéquate, qui est une question de droit dont la réponse incombe à l'administration, et en cas de recours au juge, et non pas au médecin. La

A/4305/2016 - 31/34 - question juridique à trancher est celle de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, le fait considéré était, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2). C'est à juste titre que l'intimée a retenu que l'accident lui-même n'a pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant. Il est vrai que, formellement, l'intimée indique dans la décision entreprise que la recourante a pu sortir seule de son véhicule, affirmation que cette dernière conteste. Elle indique notamment dans ses écritures que plusieurs personnes l'avaient extraite du véhicule avant de l'installer chez la voisine; elle produit des attestations de trois personnes. La version donnée par la recourante dans ses écritures est exagérée : non seulement elle a déclaré aux médecins de la CRR qu'elle avait elle-même ouvert la portière et klaxonné pour qu'on lui porte aide, le rapport relevant qu'ensuite des badauds l'emmenèrent chez une personne du voisinage où elle a attendu l'ambulance. Des trois attestations qu'elle a produites, la première est celle d'un retraité habitant aux alentours du lieu où est survenu l'accident, mais il n'en a rien vu ni entendu: il indique que, voyant des gyrophares en contrebas de sa maison, le jour en question, il est descendu au bord de la route et a constaté que celle-ci était très verglacée. Il a eu de la difficulté à traverser. Il a pris l'initiative de faire signe de ralentir aux voitures qui descendaient, pour qu'elles ne glissent pas et provoquent ainsi un autre accident. La seconde est celle de la propriétaire de la parcelle où la recourante s'est retrouvée après la chute de son véhicule. Elle confirme avoir porté secours à la recourante, et l'avoir aidée à sortir de son véhicule, pour la conduire au chaud chez elle, en demandant à l'intéressée de s'appuyer sur eux (le voisin et elle-même) car la chaussée était verglacée. Le troisième témoin est un employé municipal, le voisin, qui confirme avoir, avec la voisine, aidé la recourante à « s'extraire » de son véhicule pour l'installer chez la voisine en attendant les secours. C'est donc avec l'aide des deux voisins, que la recourante est sortie de son véhicule, - ce qu'elle aurait pu faire seule si nécessaire, comme le montrent les photos du véhicule après l'accident -, les voisins l'ayant simplement invitée à s'appuyer sur eux, car la chaussée était glissante. En revanche, ce qu'elle ne conteste pas, c'est qu'elle a parfaitement été capable de remplir un constat à l'amiable avec les propriétaires des boîtes aux lettres et du muret endommagé. Ainsi l'affirmation de

l'intimée selon laquelle la recourante serait sortie seule de son véhicule n'est pas déterminante et n'a de toute manière pas l'importance que la recourante veut lui donner. L'assurée n'a pas subi de lésions graves et n'a pas bénéficié d'un traitement spécifique continu et pesant, comme par exemple plusieurs opérations chirurgicales. Aucune erreur dans le traitement ni de complications importantes ne sont survenues. Le critère de l'incapacité de travail importante, « malgré les efforts avérés » ne saurait entrer en ligne de compte, l'assurée n'ayant pas tenté de reprendre un travail. Comme le relève l'intimée, seul le critère des douleurs importantes pourrait entrer en ligne de

A/4305/2016 - 32/34 - compte, parmi les sept critères retenus par la jurisprudence; or, comme rappelé précédemment, pour des accidents de gravité moyenne, trois critères au moins doivent être cumulés, ou l'un de ces critères doit se manifester avec une intensité particulière, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Ainsi, la décision entreprise n'est pas critiquable.

E. 9

Enfin, la chambre de céans rappelle qu'elle a ordonné l'apport du dossier de l'OAI, l'assurée ayant formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, dans le cadre de l'intervention précoce, le 21 novembre 2016. Il ressort notamment du dossier de l'OAI que le service médical régional ([Dresse T_____] ci-après : le SMR) a rendu un avis médical le 11 avril 2017 fondé sur l'évolution du cas: le SMR s'est référé notamment aux documents médicaux de la SUVA (rapports de la CRR et du médecin d'arrondissement), ainsi qu'à l'information reçue du conseiller en réadaptation de l'OAI - indiquant que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis la décision de l'assureur-accident à laquelle elle avait formé opposition, l'intéressée présentant de la difficulté pour se déplacer (phobie de la conduite), se plaignant toujours de rachialgies et portant une minerve; - . Ainsi le SMR, considérant qu'en pratique l'assurée se trouvait donc en arrêt de travail depuis décembre 2015 en raison d'un traumatisme du rachis sans lésion structurelle, et qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle tel que préconisé par le Dr I_____, a estimé que la réalisation d'une expertise psychiatrique était incontournable, à ce stade de l'instruction du dossier, pour que le SMR puissent se prononcer sur l'exigibilité, afin d'infirmier ou de confirmer l'existence d'un TSD (ou atteintes apparentées) en tenant compte des indicateurs selon la jurisprudence en vigueur. La recourante, invitée à se prononcer sur le contenu du dossier de l'OAI, ne s'est pas exprimée. Pour sa part, l'intimée, a brièvement observé que le dossier de l'AI ne contient pas de pièces pertinentes à la présente procédure. Pour le surplus, il est indifférent que les céphalées de l'assurée se soient décuplées depuis l'accident, comme en atteste son neurologue dans son rapport du 17 mai 2016. Il est en effet établi et incontesté que ces troubles ne se rapportent pas à une lésion structurelle sous-jacente ou objectivable. Or l'existence d'une relation de causalité entre l'accident et les troubles de l'assurée non-objectivables d'un point de vue organique doit être niée. Il s'avère également superflu de surseoir à statuer jusqu'à ce que l'expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI ait été mise en œuvre. Dans le cas d'espèce, dans la mesure où le lien de causalité adéquate a été nié, la responsabilité de l'assureur-accident n'étant pas engagée, respectivement ne l'étant plus, le résultat de l'expertise psychiatrique diligentée par l'OAI n'aurait aucune incidence sur le plan de l'assurance-accidents, et dès lors, il n'y a pas lieu de surseoir à statuer en attendant ce résultat.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

A/4305/2016 - 33/34 - Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/4305/2016 - 34/34 - 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.