

GE_GERICHTE ATAS/585/2016 vom 14. Juli 2016

GE Cour de justice, 2016-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_585_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/585/2016 du 14 juillet 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/585/2016 del 14 luglio 2016

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. 1.1

Anamnèse (familiale, sociale, relative à l'accident).

E. 1.2

Plaintes subjectives.

E. 1.3

Constatations objectives.

E. 1.4

Diagnostic (selon CIM 10) ? En particulier, préciser si Mme A_____ présente :

E. 1.4.1

Des séquelles ligamentaires ?

E. 1.4.2

Des lésions cérébrales objectivables ?

E. 1.4.3

Un traumatisme crânio-cérébral (en particulier, compte tenu des circonstances de l'accident – cf. rapport d'accident du 12 novembre 2001) ?

E. 1.4.4

Un tableau clinique typique des troubles après distorsion de la colonne cervicale par mécanisme de type « coup du lapin » ? Si oui, quels sont ces troubles ?

E. 1.4.5

Un syndrome post distorsion cervicale ?

E. 1.5

Les troubles constatés peuvent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%), être attribués à un substrat organique objectivable, à un dysfonctionnement

organique démontrable ou à un autre trouble organique démontrable ?

E. 1.6

En particulier, les troubles constatés sont-ils dus à une lésion cérébrale objectivable ?

L'expert neuroradiologue a-t-il à cet égard constaté des lésions cérébrales objectivées chez Mme A_____ ?

E. 1.7

Les troubles constatés sont-ils dus à un syndrome post-distorsion de la colonne cervicale ?

E. 1.8

Quelles sont les limitations fonctionnelles de Mme A_____ ?

E. 1.9

Constatez-vous une discordance entre les plaintes de Mme A_____ et les signes cliniques objectifs ? 2. Causalité

- 69/71-

A/4374/2015

E. 2

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

E. 2.1

Les troubles constatés sont-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%), une conséquence de l'accident du 27 octobre 2001 ? Veuillez détailler votre réponse, en fonction de chaque trouble.

E. 2.2

Si des lésions cérébrales ont été objectivées, celles-ci sont-elles dues à l'accident de façon certaine (probabilité de 100%), probable (probabilité > 50%) ou seulement possible (probabilité < 50%) ? Quels sont les troubles occasionnés par ces lésions ?

E. 2.3

L'examen neuropsychologique a-t-il révélé des troubles ? Si oui, ceux-ci sont-ils dus à l'accident de façon certaine (probabilité de 100%), probable (probabilité > 50%) ou seulement possible (probabilité < 50%)

E. 2.4

Mme A_____ présentait-elle un état préexistant à l'accident du 27 octobre 2001 ?

E. 2.4.1

Si oui, l'accident du 27 octobre 2001 a-t-il causé une aggravation passagère ou déterminante de cet état préexistant ?

E. 2.4.2

Si oui, à partir de quelle date le status quo ante, respectivement le status quo sine, a-t-il été atteint avec une vraisemblance prépondérante ?

E. 2.5

Y a-t-il eu, avec une vraisemblance prépondérante, une réaction psychique inhabituelle à la suite de l'accident du 27 octobre 2001 ? Si oui, cette affection occupe-t-elle le premier plan par rapport aux autres troubles ? 3. Incapacité de travail

E. 3

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

E. 3.1

Quelle est la capacité de travail de Mme A_____ dans son ancienne activité de secrétaire médicale et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis l'accident ?

E. 3.1.1

Quelles sont les limitations fonctionnelles qui réduisent la capacité de travail de Mme A_____ dans l'ancienne activité de secrétaire médicale ?

E. 3.1.2

A quel degré évaluez-vous l'incapacité de travail de Mme A_____ causée par l'accident, dans son activité habituelle de secrétaire médicale ? Depuis quelle date ? Cette incapacité de travail est-elle durable ?

E. 3.1.3

Si Mme A_____ présente une incapacité de travail, celle-ci est-elle exclusivement due à l'accident ou des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle ? Si oui, dans quelle mesure ?

- 70/71-

A/4374/2015

E. 3.2

Quelle est la capacité de travail de Mme A_____ dans une activité adaptée à son état de santé ? Depuis quelle date une telle capacité de travail existe ?

E. 3.2.1

Quelle sont les limitations fonctionnelles qui réduisent la capacité de travail de Mme A_____ dans toutes activités ?

E. 3.2.2

A quel degré évaluez-vous l'incapacité de travail de Mme A_____ causée par l'accident, dans toutes activités ? Depuis quelle date ? Cette incapacité de travail est-elle durable ? 4. Etat définitif

E. 4

Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression au 27 octobre 2003 par l'intimée des prestations allouées à la recourante à la suite de l'accident du 27 octobre 2001,

singulièrement sur la question de savoir si les troubles présentés par la recourante sont, au-delà du 27 octobre 2003, en lien de causalité avec l'accident.

E. 4.1

L'état médical définitif a-t-il été atteint (au degré de la vraisemblance prépondérante) ? Et si oui, depuis quand ?

E. 4.2

Des traitements médicaux sont-ils nécessaires en vue d'améliorer notablement l'état de santé dû à l'accident ou afin d'empêcher une notable détérioration de celui-ci ?

E. 4.3

Mme A_____ a-t-elle, en raison des suites de l'accident, subi l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ? A-t-elle présenté des douleurs intenses ? Des difficultés sont-elles apparues au cours de la guérison ou des complications importantes sont-elles survenues ? 5. Avis médicaux antérieurs

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

- 50/71-

A/4374/2015 (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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de 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 une 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

- 51/71-

A/4374/2015 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 l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 s'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. 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 crânio-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 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

- 52/71-

A/4374/2015 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 ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;

- 53/71-

A/4374/2015 - 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;

- 54/71-

A/4374/2015 - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. 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). 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). 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
- 55/71-

A/4374/2015 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. 5.1

Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du rapport d'expertise du CHUV du 1er juillet 2011 (dossier pièces principales) ? En particulier avec la constatation d'une incapacité de travail de 10-20% et la présence d'un syndrome douloureux cervical chronique, associé à des troubles vertigineux, affectifs et cognitifs sans lésions structurelles organiques ?

E. 5.2

Etes-vous d'accord avec la conclusion du Dr Q_____ (avis des 2 décembre 2005 et 30 mars 2007 – dossier pièces principales) selon laquelle Mme A_____ présente certainement un obstacle mécanique extrinsèque à la jonction cervico-occipitale, en lien avec la dysfonction cervicale suite au traumatisme ? Si oui, cette conclusion permet-elle d'objectiver une lésion cérébrale ?

E. 5.3

Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ du 20 octobre 2011 (dossier pièces principales) ? En particulier avec le diagnostic d'entorse cervicale et traumatisme crano-cérébral avec séquelles ligamentaires (C1-C2), vasculaires (artère vertébrale droite), troubles

- 71/71-

A/4374/2015 auditifs et visuels, troubles mnésiques et exécutifs causés par l'accident du 27 octobre 2001 ? 6. Indemnité pour atteinte à l'intégrité (état définitif atteint) 6.1. Les seules lésions dues à l'accident ont-elles provoqué une atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou mentale de Mme A_____ ? 6.2. Si oui, en quoi consiste-t-elle et à quel degré évaluez-vous l'atteinte à l'intégrité due uniquement à l'accident selon l'annexe 3 de l'OLAA et les tables de la Suva ? 7. Quel est le pronostic ? 8. Faire toute autre remarque utile.

2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Alicia PERRONE

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

E. 7

En l'espèce, dans son arrêt du 14 janvier 2011, le Tribunal fédéral a confirmé qu'une IRM fonctionnelle (par la technique dite de tenseur de diffusion 3D) ne constituait pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et qu'elle n'avait donc pas de

valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent. Cela étant, il a considéré qu'il n'était pas possible en l'occurrence d'exclure la présence de lésions cérébrales chez l'assurée ; les conclusions des experts du CEMed du 13 décembre 2006 ne reposaient pas sur une évaluation exacte et complète de la situation médicale de la recourante ; ils n'avaient pas pris en compte le fait que le Prof. AB_____ aurait utilisé des séquences de l'IRM conventionnelle à l'appui de ses conclusions et n'avait pas du tout abordé l'éventualité d'un traumatisme crânien, pourtant retenue par plusieurs médecins. Un doute subsistait sur la question de savoir si les troubles cognitifs observés avaient une origine somatique découlant de l'accident ; l'intimée se devait de reprendre l'instruction du dossier en ordonnant une nouvelle expertise pluridisciplinaire, de préférence en milieu universitaire, comprenant l'avis d'un spécialiste en imagerie médicale en collaboration avec un neuropsychologue. Les experts devaient avoir une connaissance du dossier médical complet de la recourante, y compris l'IRM du 2 novembre 2009 et le rapport de police du 14 novembre 2001.

E. 8

En l'occurrence, l'intimée se fonde sur l'expertise du CHUV du 1er juillet 2011, qu'elle juge probante, pour exclure toute lésion organique objectivable chez la recourante et tout lien de causalité entre les plaintes, en particulier

- 60/71-

A/4374/2015 neuropsychologiques, de celle-ci et l'accident. Quant à la recourante, elle estime que l'expertise du CHUV n'est pas probante et que les experts n'ont pas correctement analysé l'IRM du Prof. AB_____, singulièrement ses séquences conventionnelles ni celle du 2 novembre 2009, et ne se sont pas prononcés sur la survenance d'un traumatisme crânien et d'un tableau clinique typique des troubles après distorsion de la colonne cervicale par mécanisme de type « coup du lapin » ; en particulier, elle estime que l'expertise du CHUV ne répond pas aux exigences posées par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 14 janvier 2011.

E. 9

La chambre de céans constate que les critiques de la recourante à l'égard de l'expertise du CHUV sont fondées. D'un point de vue formel tout d'abord, alors que l'intimée avait spécifiquement confié l'expertise au Prof. AI_____, spécialiste en neuro-imagerie fonctionnelle - en précisant qu'il s'agissait de déterminer la présence ou l'absence de lésions cérébrales chez la recourante, en tenant compte des remarques du Tribunal fédéral, lesquelles exigeaient l'avis d'un neuroradiologue (courrier de l'intimée du 2 mars 2011), - celui-ci n'a pas signé le rapport d'expertise ; il s'est contenté d'indiquer ensuite que c'était bien lui dont parlait le Dr AM_____ dans son expertise (courrier du 5 septembre 2014 du Prof. AI_____). Il a en particulier refusé de répondre aux questions complémentaires que l'intimée lui a communiqué le 16 juillet 2014 ; il a, à cet égard, informé l'intimée par l'intermédiaire du Dr AM_____, qu'il ne répondrait pas à la demande de l'intimée, en se limitant à indiquer qu'il n'y avait aucune erreur médicale et que la réponse de l'expertise correspondait à ce qu'ils avaient constaté. On ne saurait, dans ces conditions, considérer que l'expertise a été établie par le Prof. AI_____, cela nonobstant le fait que le rapport d'expertise mentionne que l'étude du dossier radiologique a été effectuée en collaboration avec le Prof. AI_____ (expertise CHUV p. 13) et que celui-ci a revu l'IRM du Prof.

AB_____ et l'IRM du 2 novembre 2009 ; à cet égard, l'indication que toutes les images ont été discutées lors d'un colloque radiologique en présence du Prof. AP_____ ne permet pas de conclure que le Prof. AI_____ était également présent. De plus, le Prof. AP_____, lequel est également un spécialiste FMH en radiologie et en neuroradiologie diagnostique, n'a pas non plus signé le rapport d'expertise et la manière dont celui-ci a été rédigé ne permet pas de comprendre l'ampleur et l'intensité de l'intervention du Prof. AP_____ dans l'analyse des images radiologiques concernant la recourante. Par ailleurs, sur le fond, le rapport d'analyse des images, outre qu'il n'émane pas directement des Prof. AI_____ et AP_____, spécialistes en neuroradiologie, est très succinct ; l'IRM du 6 décembre 2007 du Prof. AB_____ est sommairement écartée, au motif qu'elle ne peut être reconnue comme significative, l'apport de tenseur de diffusion en 3D n'étant pas validé par l'interprétation et l'application

- 61/71-

A/4374/2015 clinique. Or, le Tribunal fédéral a constaté, dans son arrêt du 14 janvier 2011, que la recourante avait relevé le fait que l'IRM du 6 décembre 2007 comprenait des séquences d'une IRM conventionnelle et que les experts du CEMed ne s'étaient pas prononcé sur cet aspect. La chambre de céans constate qu'il en est de même des experts du CHUV qui ne discutent pas du tout cette question. Quant à l'analyse de l'IRM du 2 novembre 2009, elle est également sommaire et conclut au caractère non traumatique des atteintes décelées, sans discuter l'avis du Dr BF_____ (rapport d'IRM du 2 novembre 2009). S'agissant des conclusions du Dr L_____, suspectant un obstacle mécanique musculo-squelettique de la région cervicale avec une répercussion sur la vitesse de flux de l'artère vertébrale à droite, les experts n'ont pas réeffectué un doppler des vaisseaux cérébraux et doutent du résultat pathologique en soulignant seulement que le Dr W_____ n'avait pas retrouvé ce résultat. La chambre de céans constate que l'analyse des documents radiologiques est ainsi insuffisante et ne permet pas de considérer que l'expertise du CHUV est probante. De surcroît, les experts ont considéré que la symptomatologie actuelle ne pouvait pas être entièrement attribuée à un substrat organique et que d'autres facteurs, notamment psychiques, contribuaient au tableau clinique (expertise CHUV p. 19 – 20). Ils ont admis une incapacité de travail de 10 – 20% tout en relevant que l'état médical n'était pas définitif et qu'il était trop précoce pour estimer la capacité de travail de la recourante à long terme (expertise CHUV p. 22) ; ils ont ainsi constaté un handicap permanent dû à l'accident à hauteur de 5 – 10%. Ce faisant, les experts ont admis une causalité partielle, soit une causalité existant entre certains troubles encore présents et l'accident, sans en spécifier l'ampleur ni l'établir précisément. Cette conclusion de l'expertise n'est donc pas claire, ce que l'intimée a d'ailleurs admis en relevant que les experts ne s'étaient pas prononcés clairement sur la causalité (note téléphonique de l'intimée du 12 juillet 2012). En outre, les experts ne se sont pas prononcés sur la question de la présence d'un traumatisme crânien, telle que formulée par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 14 janvier 2011 ; l'intimée a d'ailleurs rédigé le 16 juillet 2014 une question complémentaire dans ce sens au Prof. AI_____, question à laquelle ni celui-ci, ni les experts ayant signé le rapport d'expertise n'ont répondu. Pour ces raisons, l'expertise du CHUV est insuffisamment motivée, de sorte qu'on ne saurait lui reconnaître une pleine valeur probante.

E. 10

Au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner une expertise judiciaire, neurologique, neuroradiologique et neuropsychologique. La chambre de céans a finalement proposé aux

parties de la confier au Dr BG_____, FMH neurologie, aux Drs BI_____, FMH neurologie, et BM_____, FMH radiologie, et à Mme BH_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

- 62/71-

A/4374/2015

E. 11

S'agissant des observations des parties, il convient de relever ce qui suit : a) La recourante conteste tout d'abord la mission d'expertise neurologique en faisant valoir que les questions posées à l'expert neurologue peuvent être intégrées dans la mission d'expertise neuropsychologique. A cet égard, les questions de la mission d'expertise neurologique, comprenant notamment la détermination des diagnostics selon la CIM-10 et leur impact sur la capacité de travail de la recourante doivent être posées à un médecin, en l'occurrence un spécialiste en neurologie, au vu des pathologies suspectées, ce qui n'est pas le cas de l'experte neuropsychologue, laquelle est licenciée et doctorante en psychologie de l'université de Genève (www..BH_____.com), et n'a pas le titre de médecin. S'agissant des experts neuroradiologues, ils sont spécialisés en imagerie médicale et donc sollicité pour examiner les documents radiologiques ; il se justifie en revanche de confier les questions plus générales à l'expert neurologue. Le volet neurologique sera en conséquence maintenu. La recourante s'oppose ensuite aux questions demandant aux experts de se prononcer sur des avis médicaux antérieurs (questions II e.1.2 ; II e.1.3 ; II e.5 ; III d.5.1) ; ces questions seront maintenues dès lors qu'il est nécessaire que la chambre de céans dispose, dans l'examen de la valeur probante de l'expertise, de la motivation la plus complète possible de la part des experts, laquelle comprend l'appréciation des rapports médicaux au dossier, ce d'autant si les experts s'écartent des avis donnés précédemment par d'autres médecins ou experts (à cet égard, F. PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension in : L'expertise médicale, médecine hygiène, 2002, p. 144 – 145 ; ATF 8C_199/2009 du 25 janvier 2010 ; 9C_334/2015 du 2 février 2016). La question III d.2.5 sera également maintenue, dès lors que l'expert neurologue peut suggérer qu'une problématique psychique entre ou non en ligne de compte sans qu'il ne soit nécessaire, à ce stade, de mettre en œuvre une évaluation psychiatrique auprès d'un spécialiste ; la valeur probante d'un rapport médical s'appréciant d'ailleurs à l'aune de divers éléments dont la description de possibles interférences médicales (ATF 9C_746/2014 du 30 septembre 2015). En revanche, les questions II. e.3.1 et II. e.3.2 seront partiellement modifiées dans le sens voulu par la recourante et la question III 7.1, supprimée. b) L'intimée a requis la modification de la question II e.1.1, laquelle sera partiellement modifiée dans son sens et l'ajout d'une question II e.1.4, laquelle sera également partiellement reprise dans son sens. Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'intégrer dans la mission d'expertise le questionnaire issu de la lettre circulaire AI n° 339, au vu de l'arrêt du Tribunal fédéral du

E. 14

janvier 2011 pour exiger la désignation d'experts issus du milieu universitaire. A cet égard, la chambre de céans constate que le Tribunal fédéral a indiqué qu'il convenait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, de préférence en milieu universitaire et non pas de façon obligatoire. En toute hypothèse, la chambre de céans a finalement confié le volet neuroradiologique à deux médecins issus de l'Inselspital de Berne, ce qui répond au souhait

des parties. Par ailleurs, les experts neurologue et neuropsychologue, non issus du milieu universitaire, désignés dans la présente ordonnance, répondent parfaitement aux critères de compétence pour effectuer l'expertise demandée, de sorte que toutes les garanties d'une exécution correcte de la mission d'expertise sont données. La chambre de céans a écarté, à la demande de la recourante, le Prof. BL_____, en raison de son titre de médecin-assistant, et a nommé aux côtés du Prof. BI_____, le Dr BM_____, titulaire d'un FMH en radiologie, et possédant une formation approfondie en neuroradiologie diagnostique (www.doctorfmh.ch) ; les craintes émises par la recourante concernant la réalisation, par deux médecins, de l'expertise neuroradiologique, ne sont pas fondées ; en particulier, la désignation d'un médecin neuroradiologue aux côtés du Prof. BI_____ provient d'une exigence du service de neuroradiologie de l'Inselspital de Berne, et non pas de la chambre de céans, laquelle estime toutefois qu'il convient d'y donner suite, aucun élément ne permettant de douter de l'implication du Prof. BI_____ dans la réalisation de l'expertise. Partant, les experts désignés seront confirmés. En outre, les parties contestent les questions III 3.3 et III 3.3.1 concernant la capacité de la recourante à effectuer des tâches ménagères. Dans la mesure où l'OAI a effectivement reconnu à la recourante un statut d'active (c.f. notamment, avis du Dr AA_____ du 7 juin 2004), ces questions, qui auraient pu être pertinentes dans le cadre de la procédure AI (A/924/2015), n'ont pas lieu d'être et seront donc supprimées, comme requis par les parties. Enfin, le rapport radiologique du 15 avril 2002 et l'article du Prof. BK_____ – non traduit - seront versés dans le dossier « pièces principales », comme demandé par les parties. Il convient également d'ajouter à ce dossier les articles transmis par la recourante (pièces 34, 35 et 36), soit une interview du Dr BC_____, un résumé de la thèse de Mme BD_____ et un article du Dr BE_____. 12. Le dossier pièces principales comprend les pièces suivantes : Pièce 1 Rapport d'accident du 12 novembre 2001 Pièce 2 Avis du Dr . BN_____ du 15 avril 2002 Pièce 3 Avis du Dr AF_____ du 3 mai 2002

- 64/71-

A/4374/2015 Pièce 4 Rapport du Dr K_____ du 14 mai 2003 (en allemand, avec traduction française) Pièce 5 Rapport du Dr X_____ du 13 juin 2003 (en allemand, avec traduction française) Pièce 6 Rapport du Dr K_____ du 17 juin 2003 (en allemand, avec traduction française) Pièce 7 Rapport du Dr K_____ du 26 juin 2003 (en allemand, avec traduction française) Pièce 8 Examen neuropsychologique de Mme L_____ du 23 décembre 2003 Pièce 9 Avis de la Dresse P_____ du 19 septembre 2005 Pièce 10 Avis du Dr Q_____ du 2 décembre 2005 Pièce 11 Avis de la Dresse P_____ du 2 mars 2006 Pièce 12 Annexe au rapport médical (Dr Q_____) du 23 mars 2006 Pièce 13 Expertise médicale des Drs R_____, S_____ et V_____ du 13 décembre 2006 Pièce 14 Rapport du Dr X_____ du 27 février 2007 (en français et en allemand) Pièce 15 Avis du Dr Q_____ du 30 mars 2007 Pièce 16 Réponse du 25 juin 2007 du Dr R_____ aux questions complémentaires du 20 avril 2007 Pièce 17 Rapport médical Adultes du Prof. Y_____ du 23 octobre 2007 Pièce 18 Dossier d'imagerie, Prof. AB_____, du 10 décembre 2007 Pièce 19 Avis des Drs R_____ et BN_____ du 17 juin 2008 Pièce 20 Avis du Prof. AB_____ du 27 août 2008 Pièce 21 Avis du Dr BF_____ du 2 novembre 2009 Pièce 22 Arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011

Pièce 23 Examen de Mme AL_____, du Prof. BO_____ et de Mme AO_____ du 26 mai 2011 Pièce 24 Expertise des Drs AM_____ et AJ_____ (CHUV) du 1er juillet 2011 Pièce 25 Avis du Dr C_____ du 20 octobre 2011 Pièce 26 Expertise du Dr BB_____ du 30

novembre 2015 Pièce 27 Avis du Dr BB_____ du 24 février 2016 Pièce 28 Avis du Dr BB_____ du 11 avril 2016 Pièce 29 Article Internet de « Cerveau et Neurologie » du 26 septembre 2014 Pièce 30 Extrait Internet de l' « Archive ouverte UNIGE » de l'Université de Genève concernant la thèse de privat-docent de la Dresse M. BD_____, 2011 Pièce 31 Article Internet « Neuroradiologie : nouveaux développements diagnostiques et interventionnels » du Prof. BE_____, 2009 Pièce 32 Article du Prof. BK_____, Medinfo 2016

- 65/71-

A/4374/2015 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant Préparatoirement :

Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr BG_____, FMH neurologie, au Prof. BI_____, FMH neurologie, au Dr BM_____, FMH radiologie et à Mme BH_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : I. Du point de vue neuropsychologique (Mme BH_____). a. Prendre connaissance des examens neuropsychologiques précédents (examen de Mme L_____ de 2003, examen de M. V_____ de 2006 et examen de Mme AL_____ de 2011 – dossier pièces principales). b. Procéder à un examen neuropsychologique de Mme A_____ et rendre un rapport. Indiquer en particulier comment les troubles de Mme A_____ ont évolué. II. Du point de vue neuroradiologique (Prof. BI_____ et Dr BM_____) a. prendre connaissance du dossier radiologique, comprenant en particulier les documents suivants : - le rapport de scanographie dynamique du rachis cervical de la Clinique des Grangettes du 1er mai 2002 (accompagné de 8 planches radiologiques + 2 feuilles calques) ; - le rapport d'IRM cervicale d'IMAMED du 2 juin 2003 (accompagné de 6 planches radiologiques) ; - le rapport d'IRM cervicale d'IMAMED du 12 mars 2007 (accompagné de 12 planches radiologiques) ; - le rapport d'IRM cérébrale du Centre hospitalier Sainte-Anne du 6 décembre 2007 (accompagné de 17 planches radiologiques) ; - le rapport d'IRM cérébrale des HUG du 2 novembre 2009 (accompagné de 2 CD-Rom) ; - le rapport du Dr Q_____ du 2 décembre 2005 ; - le rapport du Dr Q_____ du 30 mars 2007 ;

- 66/71-

A/4374/2015 b. prendre connaissance du dossier de pièces intitulé « pièces principales », étant précisé par ailleurs que l'intégralité du dossier est mis à disposition, en cas de besoin, auprès du Dr BG_____. c. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des spécialistes en imagerie médicale ayant rendu un avis ou effectué un examen. d. Si nécessaire, faire procéder à d'autres examens radiologiques. e. Répondre aux questions suivantes :

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