

GE_GERICHTE ATAS/81/2018 vom 30. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_81_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/81/2018 du 30 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/81/2018 del 30 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

Les questions de la compétence de la chambre de céans et de la recevabilité du recours ont déjà été tranchées à l'ATAS/88/2017, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces questions.

E. 2

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3

a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). b) En l'espèce, dans sa décision du 21 avril 2015 et sa décision sur opposition du

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable

de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/2971/2016 - 21/34 - let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b) 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c) 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). d) Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) - en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) - a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au

A/2971/2016 - 22/34 - SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles

conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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. 7

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 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).

A/2971/2016 - 23/34 - Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de

savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 8

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

E. 9

En l'espèce, selon les constatations des Drs D _____ et E _____, ainsi que de SOS médecins, lors de l'accident du 29 août 2012, la recourante a été victime d'un TCC et d'une plaie occipito-pariétale. Elle a subi une perte de connaissance et une amnésie d'une durée indéterminée, mais probablement de plusieurs minutes. En arrivant sur les lieux de l'accident, le Dr U _____ a constaté chez la recourante l'existence de somnolence, confusion, maux de tête, vomissements et troubles de l'équilibre. La recourante s'est immédiatement plainte de céphalées, troubles de l'équilibre, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigue et fatigabilité, troubles de l'élocution et de l'écriture, ainsi que de troubles de la vue. Elle a également présenté des nalgies et des troubles de l'attention. Sur le plan psychique, le Dr L _____ a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel dans son rapport du 29 avril 2013, puis également un épisode dépressif moyen dans son rapport du 9 mai 2014. Le lien de causalité naturelle entre les divers troubles de la recourante et l'accident a été admis par l'intimé sur la base de la détermination du Dr H _____ datée du 7 novembre 2012, selon laquelle, lors de la chute et du choc contre la table, il y a eu

A/2971/2016 - 24/34 - probablement un déplacement du cerveau qui a causé des lésions, même si les examens n'ont révélé aucune lésion objective. On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 134 V 109 consid. 9; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C_56/2016 du 19 décembre 2016 consid. 2.2). S'agissant des troubles cognitifs de la recourante, les IRM cérébrales des 18 septembre 2012 et 8 octobre 2013 ont révélé de discrètes anomalies de la substance blanche punctiformes aspécifiques au niveau front-pariétal, soit selon l'appréciation du Dr N _____ du 21 août 2014, des modifications dues à l'âge n'ayant pas d'incidence sur lesdits troubles. Par conséquent, on peut tenir pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'ils ne découlent pas d'une lésion structurelle objectivable au cerveau et que la recourante a été victime d'un TCC cliniquement perceptible, mais sans substrat organique au sens d'une altération structurelle.

E. 10

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

A/2971/2016 - 25/34 - 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 TCC. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

E. 11

a) En l'espèce, la recourante a très vite été soumise à une évaluation spécifique du traumatisme crânien, puisque la Dresse E_____ l'a adressée à fin septembre 2012 au Dr F_____, neurologue, soit un mois après l'accident, et qu'elle a fait l'objet d'un bilan otoneurologique en octobre 2012 auprès du Dr G_____, puis d'un bilan ophtalmologique auprès du Dr I_____, d'un suivi neuropsychologique dès le début de l'année 2013, d'un bilan logopédique en mars 2013 et enfin d'un suivi psychiatrique par le Dr L_____ dès le 8 mars 2013. Dans son rapport du 26 octobre 2012, le Dr F_____ précise qu'il n'y a ni élément dépressif, ni trouble psychique. Puis, dans son rapport du 29 avril 2013, le Dr L_____ diagnostique un syndrome post-commotionnel, puis également un épisode dépressif moyen dans son rapport du 9 mai 2014. Tous les médecins interrogés ont admis un lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident du 29 août 2012, tout comme le Dr H_____, médecin conseil de l'intimé, dans sa détermination du 7 novembre 2012. Ils ont considéré que les symptômes présentés par la recourante correspondaient à un tableau clinique typique après un TCC. Par conséquent, après avoir admis un tel lien de causalité, l'intimé ne peut mettre un terme à sa prise en charge que s'il établit au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles actuels ne sont

A/2971/2016 - 26/34 - plus en lien de causalité avec l'accident du 29 août 2012 au motif que les causes accidentelles ne jouent plus de rôle dans l'état de santé actuel de la recourante. b) En second lieu, il convient d'examiner la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels l'intimé s'est basé pour refuser les prestations en lien avec les troubles actuels, à savoir le rapport d'expertise du 26 janvier 2015 et son complément du 23 mars 2016. Dans ledit rapport d'expertise et son complément, les experts concluent à l'absence de lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident du 29 août 2012 depuis la seconde IMR du 8 octobre 2013, au motif que cette dernière permet d'objectiver l'absence d'amélioration neurologique qui aurait été susceptible d'expliquer une péjoration des troubles cognitifs. Ils ne retiennent ni diagnostic psychiatrique, ni incapacité de travail depuis le 8 octobre 2013. Le rapport d'expertise et son complément ne remplissent pas les conditions formelles permettant de leur reconnaître une valeur probante. En effet, le rapport d'expertise tient compte d'une anamnèse médicale qui n'est pas celle ressortant du dossier médical mais qui se base sur des hypothèses non vérifiées. De plus, il a une structure peu conventionnelle puisqu'il ne liste pas les diagnostics posés, mais mentionne les constatations et conclusions de chaque expert, avant de procéder à une discussion finale qui reprend les conclusions intermédiaires de chaque expert. Notamment, les explications concernant le peu de gravité du TCC sont contredites par les rapports médicaux. En effet, la chambre de céans ne comprend pas comment le Dr P_____ peut retenir que les symptômes mentionnés sur la fiche établie par le Dr U_____ ne sont pas des constats médicaux, mais un rappel des symptômes à contrôler. En effet, la mention « maux de tête +++ » signifie qu'il a constaté de violents maux de tête chez la personne examinée. De plus, même si c'était un rappel des symptômes à contrôler, il s'agirait d'une simple hypothèse qu'une expertise établie avec rigueur scientifique ne peut pas considérer comme un fait établi, sans vérifier ladite hypothèse en interpellant SOS médecins. Par conséquent, contrairement à ce que prétend le Dr P_____, la recourante a présenté lors du premier examen médical après son accident, une somnolence, une confusion, des maux de tête importants, des vomissements, des troubles, soit des symptômes qui, selon les précisions données par cet expert, font suspecter l'existence d'une hypertension crânienne signant la gravité de l'atteinte parenchymateuse cérébrale et contredisent les conclusions des experts. Bien qu'il soit douteux que le complément d'expertise du 23 mars 2016 ait été établi par le Dr

BERRROIR, médecin de nationalité française, au vu des tournures de phrases (entre guillemets dans l'état de fait) faisant plutôt penser à un rédacteur germanophone, la question peut rester non résolue au regard de ce qui suit. Le rapport d'expertise et son complément ne remplissent pas davantage les conditions matérielles permettant de leur reconnaître une valeur probante. En effet, il est frappant de constater que l'expert neuropsychologue ne prend aucune conclusion personnelle, mais renvoie à la discussion finale. Il considère que le

A/2971/2016 - 27/34 - tableau neuropsychologique est difficilement interprétable au vu des résultats déficitaires pour l'ensemble des fonctions évaluées. Or, dans le complément d'expertise du 23 mars 2016, le Dr P_____ précise pourtant que les troubles subjectifs sont analysés en multidisciplinaire avec l'apport important de l'analyse neuropsychologique qui seule peut discuter un trouble objectif. Etant donné que l'analyse neuropsychologique est difficilement interprétable, il est douteux que l'existence de troubles objectifs ait pu être correctement analysée par les experts, de sorte que leurs conclusions à ce sujet sont sujettes à caution. S'agissant des difficultés d'élocution, des troubles de l'attention, de la fatigabilité et du ralentissement, les experts considèrent que le lien de causalité s'est éteint depuis le second bilan neuropsychologique du premier semestre 2013 qui permet de constater une aggravation à distance. Or, dans son rapport du 26 mai 2014, le Dr F_____ relève que le bilan neuropsychologique fait état d'améliorations significatives dans toute une série de domaines et d'une péjoration des capacités attentionnelles et du graphisme. Par conséquent, l'aggravation à distance ne concerne que ces deux domaines, de sorte que si l'on suit le raisonnement des experts, un lien de causalité devrait persister pour les autres troubles neuropsychologiques, contrairement à leurs conclusions. De plus, ils n'ont à aucun moment pris contact avec les spécialistes traitants pour faire part de leurs interrogations quant aux résultats de leurs examens et trouver une explication à l'analyse neuropsychologique difficilement interprétable, telle qu'une situation de stress due à l'expertise qui aurait justifié de répéter les examens dans d'autres conditions afin d'aboutir à des conclusions fiables. L'hypothèse de déficits cognitifs antérieurs expliquant les troubles actuels n'est qu'une hypothèse et ne peut en aucun cas justifier de nier un lien de causalité entre lesdits troubles et l'accident - à l'exception des difficultés d'élocution et attentionnelles, ainsi que du ralentissement -, au motif qu'il n'existe pas de causalité certaine en l'absence de données précises sur l'état antérieur. En effet, si les experts suspectaient un état antérieur, il leur appartenait de se renseigner auprès du médecin traitant pour obtenir les éléments médicaux nécessaires à leur analyse, ce qu'ils n'ont pas fait. Il en va de même de leur constat selon lequel le médecin SMR a pris position sur la base de rapports médicaux qui ne sont pas en leur possession. Afin de pouvoir se prononcer en pleine connaissance de cause, il leur appartenait de réclamer lesdits rapports médicaux, ce d'autant plus que la Dresse T_____ se réfère à des bilans neuropsychologiques pratiqués aux HUG, qui ne figurent pas au dossier de l'intimé. De plus, les experts semblent ignorer qu'en droit de l'assurance-accidents, l'existence d'un lien de causalité est soumise à la règle de la vraisemblance prépondérante et non à celle de la certitude, ce qui permet de douter de leur compétence à établir des expertises dans le domaine de l'assurance-accidents. Au demeurant, il n'est pas possible de savoir si les experts sont spécialistes en TCC comme l'exige la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5), puisque la clinique Z_____ ne s'est pas exprimée à ce sujet, malgré les questions complémentaires posées par les parties.

A/2971/2016 - 28/34 - Les développements de l'expertise quant aux céphalées et aux cervicalgies sont tout autant sujets à caution. En effet, le rapport d'expertise n'admet pas de lien de causalité entre les céphalées et l'accident au motif que la concordance temporelle avec les douleurs de la nuque et des épaules évoque plutôt le diagnostic de céphalées de tension épisodiques au vu des antécédents d'atteintes cervicales et scapulaires. Il n'admet pas davantage de lien de causalité entre les douleurs cervicales et l'accident au motif que lors de celui-ci, il n'y a pas eu de choc direct au niveau cervical et qu'un simple mouvement de flexion vers l'avant, au vu du mécanisme décrit par la recourante, ne peut pas avoir décompensé l'arthrose préexistante. Or, dans son rapport du 23 mars 2015, le Dr S_____ précise que la recourante a souffert en 2006 de cervicalgies et d'irradiations qui ont disparu à la suite de la discectomie et de la harnectomie pratiquées à cette époque pour une névralgie cervico-brachiale en C6-C7 et que la recourante le consulte depuis novembre 2014 en raison de paresthésies et douleurs cervicales. Il considère qu'en l'absence d'atteinte radiculaire, ces troubles sont liés à un déséquilibre de la colonne cervicale et de la musculature cervico-scapulaire consécutif à l'accident de 2012. Etant donné que la recourante n'a plus souffert de cervicalgies durant les six ans précédant l'accident, qu'elle s'est plainte de cervicalgies après l'accident qui nécessitent un traitement chez un ostéopathe depuis en tout cas février 2013, puis chez le Dr S_____ depuis novembre 2014, qu'elle ne présente pas d'atteinte radiculaire, il est plus vraisemblable que les cervicalgies soient en lien de causalité avec l'accident qu'avec un état antérieur asymptomatique pendant six ans et qui se manifestent à nouveau peu après l'accident de 2012. Au demeurant, on ne voit pas comment l'expert peut retenir un simple mouvement de flexion vers l'avant au vu du mécanisme décrit par la recourante puisque celle-ci a perdu connaissance pendant plusieurs minutes après le choc sur la tête et n'a aucun souvenir du déroulement de l'accident depuis ce moment, de sorte qu'il ne s'agit à nouveau que d'une hypothèse qui ne convainc guère dès lors que l'occiput est très proche de la colonne cervicale. De plus, l'existence d'une arthrose préexistante ne ressort pas du dossier médical de l'intimé et les documents fournis par la recourante aux experts ne mentionnent qu'une hernie discale C6-C7, de sorte qu'à nouveau il ne s'agit que d'une hypothèse. S'agissant de l'absence de diagnostic psychiatrique retenu par l'expertise, notamment de diagnostic de syndrome post-commotionnel, les explications données par la Dresse O_____ ne convainquent pas. Selon la CIM-10 (F07.02), le syndrome post-commotionnel survient à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comporte de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ou à l'alcool. Or, contrairement à ce que prétend l'expert psychiatre, il existe chez la recourante une modification émotionnelle puisque, selon le Dr F_____, les séquelles du traumatisme ont entraîné une modification de la

A/2971/2016 - 29/34 - perception des émotions sous la forme de l'apparition d'une nosognosie (rapport du 4 avril 2013), puis une amélioration de la nosognosie allant de pair avec le développement d'un état dépressif (rapport du 21 octobre 2013). S'agissant de la diminution de la tolérance au stress, l'annonce de la découverte d'une leucémie chez son frère et le décès de sa tante, soit des facteurs de stress psycho-social, ont fait poser au Dr L_____ un diagnostic d'épisode dépressif moyen et nécessité la mise en œuvre d'un suivi régulier avec prise d'antidépresseurs (rapport du 9 mai 2014), qui semblent rendre vraisemblable une diminution de tolérance au stress. De plus, la recourante a également été

ébranlée par son accident bénin du 1er septembre 2014, déstabilisation qui s'est manifestée par une augmentation des maux de tête et de l'anxiété, phénomènes révélateurs également d'une diminution de la tolérance au stress. Par conséquent, la plupart des symptômes du syndrome post-commotionnel mentionnés par la CIM-10 se retrouvent chez la recourante, à part l'insomnie et l'absence de diminution de la tolérance à l'alcool. Le rapport d'expertise ne pose aucun diagnostic de trouble psychique et n'examine pas si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique d'un TCC dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables. Or, dans la mesure où ils concluent que les troubles non objectivables ne font plus partie du tableau clinique typique d'un TCC depuis le second bilan neuropsychologique réalisé durant le premier semestre 2013, les experts devaient envisager une autre origine, à savoir une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique, respectivement un trouble psychique diagnostiqué conformément à l'ICD-10 ou une certaine structure de la personnalité susceptible de provoquer des troubles subjectifs, ce qu'ils n'ont pas fait. Par conséquent, le rapport d'expertise est lacunaire. Enfin, les conclusions des experts notamment quant aux troubles cognitifs et psychiques sont contredites par les rapports des Drs E_____, F_____ et L_____. Même s'ils émanent des médecins traitants de la recourante, contrairement à ce que soutient l'intimé, ils ne sont pas pour autant démunis de toute valeur probante pour cette seule raison au regard de la jurisprudence (cf. considérant 6e supra). Toutefois, dans la mesure où en présence d'un TCC, il convient de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour apprécier le lien de causalité naturelle, il n'est pas utile d'examiner la valeur probante des rapports de médecins traitants qui n'ont pas procédé à une appréciation pluridisciplinaire. En définitive, au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise du 26 janvier 2015 et son complément du 23 mars 2016 manquent de rigueur scientifique en tant qu'ils se basent sur des hypothèses non vérifiées et des éléments médicaux lacunaires, appliquent des notions de causalité qui n'ont pas cours en assurance-accidents, contiennent des contradictions, ne sont pas convaincants et sont contredits par les médecins traitants. Aussi n'ont-ils aucune valeur probante.

E. 12

a) 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

A/2971/2016 - 30/34 - entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un TCC (ATF 134 V 109). b) 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 TCC 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 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 TCC (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 TCC, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

A/2971/2016 - 31/34 - - 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 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). c) 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 TCC - 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;

A/2971/2016 - 32/34 - - 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.

E. 13

En l'espèce, l'intimé considère que la question de la causalité naturelle peut rester non résolue car, de toute façon, en appliquant la jurisprudence relative au traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, au traumatisme analogue ou au TCC sans preuve d'un déficit organique objectivable, il n'existe aucun critère objectif permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles actuels et l'accident. Contrairement à ce que soutient l'intimé, si le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est manifestement pas réalisé, il n'est pas possible d'examiner si tel est le cas pour les autres critères, faute de savoir si les troubles non objectivables encore présents doivent être considérés comme faisant partie du tableau clinique typique d'un TCC ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique. De la réponse à ces questions dépend en effet le point de savoir quels critères déterminants le juge doit appliquer pour se prononcer sur la causalité adéquate (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_384/2013 du 1er avril 2014 consid. 7). Par conséquent, il est prématuré de statuer sur le lien de causalité adéquate et, faute de valeur probante du rapport d'expertise du 26 janvier 2015 et de son complément du 23 mars 2016, il y a lieu d'instruire le dossier sur le plan médical, afin de déterminer si la question dudit lien doit être tranchée selon la jurisprudence concernant les troubles psychiques surajoutés à une atteinte organique, celle relative au TCC ou celle concernant les seuls troubles somatiques (cf. dans un cas comparable, les arrêts du Tribunal fédéral 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 4.2 et 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 6.1). Aussi convient-il de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique, neuropsychologique et rhumatologique) auprès d'un hôpital universitaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_978/2009 du 14 janvier 2011 consid. 5.4).

E. 14

a) Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque

A/2971/2016 - 33/34 - le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). b) En l'espèce, faute de conclusions médicales reposant sur une évaluation exacte et complète de la situation médicale de la recourante, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire, puis qu'il rende une nouvelle décision sur le droit aux prestations. En effet, dans la mesure où la décision du 21 avril 2015 supprime tout droit à des prestations depuis le 1er avril 2015, seul ce point fait l'objet de la contestation, de sorte que la chambre de céans ne peut pas statuer, à ce stade de la procédure, sur le droit de la recourante à l'indemnité journalière et aux frais de traitement dès le 31 mars 2015 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 127/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.3).

E. 15

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 6 juillet 2016 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2971/2016 - 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.