

GE_GERICHTE ATAS/859/2016 vom 25. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_859_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/859/2016 du 25 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/859/2016 del 25 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

a. 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de la SUVA refusant rétroactivement la prise en charge d'un sinistre, auquel ledit assureur-accident déniait la qualification d'accident, et faisant obligation à la bénéficiaire d'indemnités journalières versées en application de la LAA de les restituer à la SUVA (art. 56 LPGA). b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Tant le recours A/1816/2015 de l'assurée que le recours A/1821/2015 de l'assureur- maladie ont été interjetés en temps utile (art. 60 LPGA) et satisfont aux exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B LPA). En tant que bénéficiaire d'indemnités journalières, à laquelle obligation est faite par la décision attaquée de les restituer (en plus de lui nier, avec effet rétroactif, le droit à la prise en charge de prestations de l'assureur-accident), l'assurée a qualité pour recourir, étant touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification (art. 59 LPGA). Il en va de même de l'assureur-maladie, quand bien même la décision attaquée ne lui fait pas en elle-même obligation de restituer les frais de traitement assumés par l'intimé (un remboursement desdits frais ayant donné lieu à un courrier du

A/1816/2015 - 20/32 - lendemain, 23 janvier 2015, certes non qualifié de décision et ne comportant pas l'indication de la voie de l'opposition). La décision attaquée rejette toutefois également l'opposition que l'assureur-maladie avait formée le 13 février 2015 à l'encontre de la décision de l'intimé du 22 janvier 2015, qui lui avait également été notifiée et qui comportait explicitement une révision procédurale de l'acceptation de l'intimé de prendre en charge les prestations d'assurance légales (indemnités journalières et frais médicaux) et le refus de prendre en charge toutes prestations d'assurance avec effet rétroactif, en plus de l'obligation faite à l'assurée de restituer les indemnités journalières perçues et de l'annonce d'une demande qui serait faite à l'assureur-maladie – effectivement concrétisée le lendemain – de rembourser l'ensemble des frais médicaux payés dans ce dossier. Le refus d'une prise en charge, rétroactive, des frais médicaux et la révision

procédurale de l'acceptation de les assumer, de même qu'une obligation de principe de restituer, y compris s'agissant des frais médicaux, ressortent de la décision attaquée, si bien que l'assureur-maladie est lui aussi touché par celle-ci et a un intérêt digne de protection à en obtenir l'annulation ou la modification. Ce n'est que dans la mesure – fort restreinte, au regard de l'importance des autres points objet de la décision attaquée – où cette dernière quantifie la prétention en restitution décidée à l'encontre de l'assurée que l'assureur-maladie n'a pas qualité pour recourir, de même que l'assurée n'aurait pas qualité pour contester le montant des frais médicaux dont l'intimé réclamerait formellement le remboursement à l'assureur-maladie par voie de décision (sur opposition). c. Compte tenu de cette réserve, et bien que ni l'assurée ni l'assureur-maladie ne contestent les montants à restituer le cas échéant, les recours seront déclarés recevables au sens des considérants.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf.

A/1816/2015 - 21/32 - aussi consid. 4b). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique

ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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

A/1816/2015 - 22/32 - 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 ; 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). d. Lorsqu'il y a un lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prester de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examine si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve

dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). e. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un

A/1816/2015 - 23/32 - développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 4

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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). b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal

A/1816/2015 - 24/32 - fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 5

a. En l'espèce, la question est de savoir si un accident est à l'origine, causalement, de l'hématome sous-dural qu'a eu la recourante le 5 novembre 2013 et, partant, des opérations successives qu'elle a subies, ainsi que des autres conséquences s'y rattachant, en termes de frais médicaux et d'incapacité de travail justifiant le versement d'indemnités journalières. Le seul événement accidentel entrant le cas échéant en considération et discuté en l'occurrence réside dans un choc que la recourante dit avoir subi au niveau de la tête en ayant trébuché lors de l'ouverture de la portière de sa voiture. Il n'est pas contesté que l'évènement considéré, s'il est réellement survenu, constituerait un accident au sens des art. 6 al. 1 LAA et 4 LPGA, ni, partant, que l'intimée devrait fournir les prestations légales pour les conséquences se trouvant dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec ledit accident, en particulier celles qu'elle a effectivement fournies mais dont elle nie qu'elle aurait dû les fournir et en demande restitution. b. Il n'y a pas eu de témoin de l'évènement le cas échéant accidentel invoqué, et il n'a pas été relevé d'éléments physiques en attestant la réalité, que ce soit sur la personne de la recourante, qui n'a présenté ni plaie ni contusion visible, ou dans le véhicule dans lequel elle a été retrouvée assise sur le siège du conducteur. Arrivés sur place à 13h27 et après plusieurs prises des paramètres habituels, les ambulanciers ont conclu à une affection malade, et non à un accident. Une fois la recourante amenée au service des urgences des HUG, à 14h28, et placée dans la « salle d'attente zone couchée », il n'a pas été noté, comme motif d'entrée,

A/1816/2015 - 25/32 - d'élément amenant à évoquer un événement accidentel. C'est le scanner qu'il était alors prévu de faire et qui, compte tenu d'une baisse de l'état de vigilance de la recourante, a été fait urgemment, vers 16h50, qui a mis en évidence un volumineux hématome sous-dural aigu de la convexité gauche, qui a nécessité que soient effectuées, en urgence aussi, une crâniotomie frontopariéto-temporale gauche et une évacuation dudit hématome. Les médecins ont noté dans le compte-rendu opératoire du 5 novembre 2013 qu'il n'y avait pas de notion de traumatisme, indication tirée de l'anamnèse pré-opératoire.

Cette mention a été reprise dans plusieurs documents médicaux ultérieurs, soit dans le compte-rendu opératoire du

E. 7

novembre 2013 (ablation du volet de crâniotomie préexistant, extension de la crâniotomie en pariéto-temporal et mise en place d'un capteur de pression intracrânien frontal gauche), le résumé de séjour des soins intensifs du 21 novembre 2013 (qui évoque en outre, en date du 10 novembre 2013 une reprise de la crâniectomie pour décompression temporale gauche et évacuation de l'hématome sous-dural temporal gauche), le compte-rendu opératoire du 10 décembre 2013 (remise du volet osseux gauche), la lettre de transfert à l'hôpital de Beau-Séjour du 18 décembre 2013 et la lettre de sortie de l'hôpital de Beau-Séjour du 10 janvier 2014. Dans l'intervalle, vers la fin novembre-début décembre 2013, alors que son aphasie diminuait, la recourante a expliqué à son fils ce qui lui était arrivé, à savoir qu'elle s'était tapée la tête en ouvrant la portière de sa voiture, puis qu'après avoir pu s'asseoir au volant de cette dernière elle avait commencé à ouvrir son courrier, puis s'était sentie mal au point de se décider à appeler les secours au moyen de son téléphone. Son fils a relayé l'information à la CCGC, la recourante étant alors au chômage, et la CCGC a rempli une déclaration de sinistre le 2 décembre 2013 à l'adresse de l'intimée (donc de l'assureur-accident), en faisant mention d'une hémorragie cérébrale à la suite d'une glissade, d'une chute, avec la précision que la partie du corps atteinte était le crâne. Le 12 décembre 2013, sur le questionnaire que l'intimée lui avait demandé de remplir, la recourante – soit en réalité le fils de la recourante – a fait mention d'une chute provoquant un traumatisme crânien. Le 20 décembre 2013, l'intimée a accepté de prendre en charge les suites de l'événement du 5 novembre 2013, qu'elle a qualifié elle-même d'accident, et ainsi a accepté de couvrir les frais médicaux et d'allouer des indemnités journalières, tout en demandant aux HUG, de façon répétée, la production de données médicales détaillées. Le 24 janvier 2014, lors de sa consultation ambulatoire chez le Dr C_____, la recourante a évoqué spontanément que, le 5 novembre 2013, elle s'était cognée la tête en entrant dans sa voiture, avant l'apparition de son hématome sous-dural. Le 4 février 2014, lors d'une visite à domicile d'un spécialiste en réinsertion de l'intimé, elle a explicité ce qui lui était arrivé le 5 novembre 2014, à savoir que vers 12h00 sur la voie publique, en voulant ouvrir la portière de sa voiture, elle s'était encoublée sur une racine d'arbre qui dépassait du sol et était tombée en avant en

A/1816/2015 - 26/32 - heurtant violemment la portière entr'ouverte avec le front gauche, qu'elle avait encore eu la lucidité d'appeler le 112 avec son portable avant de perdre connaissance. Lors de son audition dans les locaux de l'intimée, le 24 mars 2014, elle a déclaré que, le 5 novembre 2013, elle avait glissé en ouvrant la portière de la voiture, avait chuté, s'était tapée la tête contre la portière, puis s'était assise sur le siège de la voiture, avait eu l'impression d'avoir du coton dans la tête et une sensation que quelque chose de grave se passait, avait appelé le 112 sans savoir où elle était, et qu'ensuite c'était « le trou noir ». Dans un rapport du 28 avril 2014 au médecin-conseil de l'intimée, le Dr C_____ n'a plus évoqué, au titre des « constatations initiales précises et détaillées », l'absence de notion de traumatisme, en expliquant plus loin dans ledit rapport que s'il n'avait pas été trouvé, à l'anamnèse de la recourante lors de son admission aux HUG, un traumatisme à l'origine de son hémorragie sous-durale, la recourante en avait parlé lors de la consultation ambulatoire du 24 janvier 2014, et qu'il n'y avait en l'occurrence pas d'autre explication médicale à l'hématome sous-dural aigu qu'elle avait eu. Le 25 juin 2014, plus de deux mois

après obtention de pièces médicales des HUG pour la période d'hospitalisation de la recourante, le médecin-conseil de l'intimée – qui, en interne, avait exprimé des hésitations à ce propos déjà le 13 mars 2014, mais avait néanmoins parlé le 25 avril 2014 d'un accident – a mis en doute qu'il y avait eu accident le 5 novembre 2013. Et le 4 décembre 2014, après obtention de la fiche d'intervention des ambulanciers et une nouvelle appréciation médicale, il a estimé qu'il fallait retenir qu'il n'y en avait pas eu, et l'intimé a suivi son point de vue en rendant sa décision du 22 janvier 2015. Les motifs retenus étaient qu'un traumatisme n'était pas ressorti des données anamnestiques fournies par la recourante tant aux ambulanciers du SIS qu'aux urgentistes des HUG, comme cela résultait de la fiche d'intervention des ambulanciers et des différents rapports des HUG, et que la recourante n'avait ni plaie ni contusion et qu'il n'y avait pas trace du choc allégué dans ou sur sa voiture. c. L'intimée a décidé d'octroyer les prestations légales prévues par la LAA, donc admis l'origine accidentelle de l'hématome sous-dural subi par la recourante, en dépit du fait qu'elle n'avait pas encore reçu tous les documents médicaux, en se fiant pour l'essentiel aux déclarations figurant dans la « déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs » du 2 décembre 2013 et les réponses du 12 décembre 2013 à son questionnaire relatif aux faits survenus. Cela contribue à attester qu'il est parfaitement possible et même dans le cours ordinaire des choses qu'une femme de l'âge de la recourante qui trébuche et se cogne la tête lors de l'ouverture de la portière de sa voiture subisse de ce fait un traumatisme engendrant rapidement un hématome sous-dural nécessitant en urgence une opération, ainsi que d'autres interventions en cas de complications (telles qu'elles sont survenues en l'espèce), et impliquant une durable incapacité de travail, voire une invalidité.

A/1816/2015 - 27/32 - Il n'y a pas dans le dossier d'avis médicaux contestant que cela soit possible, non seulement sur un plan général, mais aussi dans le cas particulier. Les deux médecins-conseil de l'intimée à s'être exprimés à ce sujet, soit les Dr E_____ et G_____, n'ont pas écarté cette hypothèse, et le Dr G_____, spécialiste en neurologie, l'a admise explicitement comme relevant en l'espèce du possible tant dans son appréciation neurologique du 23 février 2016 que lors de son audition du

E. 11

octobre 2016. Les deux autres spécialistes en neurologie que sont les Drs C_____ et H_____ (celui-ci par ailleurs en qualité d'expert) ont précisé que même un traumatisme crânien non violent, ne provoquant ni plaie ni contusion, est susceptible de causer un hématome sous-dural, avec les conséquences s'étant produites en l'occurrence, et ce sans que le Dr G_____ ne remette cette affirmation en question (sur le plan du possible). d. La répétition de la précision d'une absence de mention d'un traumatisme dans les divers rapports médicaux des HUG de novembre 2013 à janvier 2014 ne saurait se voir reconnaître davantage de poids que ladite remarque figurant dans la fiche d'intervention des ambulanciers et, implicitement, dans le premier document établi par les HUG le 5 novembre 2013 à 14h30 sur la feuille de tri du service des urgences. Comme les Drs C_____ et H_____ l'ont indiqué, sans d'ailleurs être contredits par le Dr G_____, il apparaît que cette précision d'une absence de mention d'un traumatisme dans lesdits rapports peut et même doit s'expliquer, nullement par le fait que sa pertinence aurait été vérifiée à chacune des étapes ultérieures de la prise en charge de la recourante, mais simplement par une reprise d'une appréciation initiale rapide, en vertu d'une pratique se rencontrant dans l'établissement des rapports et compte-rendu. Cela est d'autant plus vraisemblable en l'espèce que l'état de vigilance de la recourante s'était subitement péjoré

peu après son arrivée aux urgences des HUG, alors qu'elle était en attente d'un scanner, et qu'il a fallu l'opérer en urgence, avec l'effet (pas inéluctable mais s'étant produit en l'occurrence, comme relevé par le Dr H_____) qu'aucun document médical n'atteste précisément de l'état clinique de la recourante à son arrivée aux HUG, sinon le document faiblement informatif précité. Il faut dès lors apprécier la force probante des indications que la recourante a pu, dans son état, fournir concrètement aux ambulanciers et aux urgentistes des HUG le 5 novembre 2013, pour déterminer la portée à attribuer à cette précision qu'elle n'a alors pas fait mention d'un traumatisme, étant ajouté qu'il n'est pas contesté que, par la suite, elle a été durablement dans un état de vigilance fluctuant, avec des phases comateuses, et a subi une aphasie du fait de son hématome sous-dural, en sorte qu'elle n'a pas pu en faire état pendant plusieurs semaines. e. L'avis du Dr E_____, repris par l'intimée, que la recourante était, le 5 novembre 2013, dans un état qui lui aurait permis d'expliquer plus précisément le déroulement des faits – donc d'évoquer s'être cognée la tête en trébuchant lors de l'ouverture de la portière de sa voiture – apparaît teinté d'une préoccupation peu objective d'aboutir à nier l'obligation de prester de l'intimée.

A/1816/2015 - 28/32 - Il appert que les ambulanciers sont arrivés sur place avec l'idée – que des signes extérieurs ne sont certes pas venus contredire, sans que cela n'autorise toutefois à exclure un traumatisme, ni même à en rendre un peu vraisemblable – que la recourante avait un malaise. Telle était l'impression que la recourante avait dû donner lors de son appel téléphonique aux services d'intervention d'urgence, le cas échéant relayé à la CASU, puis transmis en substance à la centrale du SIS et aux ambulanciers envoyés à sa recherche pour la secourir. Il est hautement crédible et vraisemblable que la recourante – ainsi qu'elle l'a déclaré – était paniquée lors de cet appel, du fait qu'elle avait de fortes céphalées, sentait sa vie en danger et ne pouvait dire où elle se trouvait, si bien qu'elle n'a pas expliqué qu'elle avait trébuché et s'était cognée la tête (à défaut, l'information aurait été relayée aux ambulanciers), voire qu'elle a le cas échéant répondu par la négative à la question qui lui a possiblement été posée, à la suite de son indication qu'elle se trouvait dans sa voiture, de savoir si elle avait eu un accident (en pensant, dans ce contexte, à un accident de la circulation). Ceci vaut au demeurant non seulement pour ses indications lors de son appel fait aux services d'intervention d'urgence, mais aussi pour ses éventuelles réponses aux questions usuelles des ambulanciers et des urgentistes des HUG. Comme l'expert H_____ l'a démontré de façon réaliste et convaincante, les paramètres mesurés par les ambulanciers, puis les urgentistes des HUG, comme le test de Glasgow, n'établissaient pas que la recourante avait un état de conscience suffisant pour évoquer le fait qu'elle s'était cognée. Elle avait alors de fortes céphalées, différentes de celles qu'elle avait l'habitude d'avoir, ressenties comme menaçantes pour sa vie, tout à fait compatibles avec les effets d'un hématome sous- dural, qui commençaient déjà à se manifester par un affaiblissement de sa vigilance puis de sa capacité langagière. Selon la déclaration du Dr H_____, il n'était pas possible que le status neurologique de la recourante fût normal à son arrivée aux urgences des HUG. Âgée de moins de 58 ans, en milieu de journée, retrouvée somnolente mais « réveillable à l'appel », capable de répondre à des ordres simples, souffrant d'épouvantables maux de tête, la recourante ne pouvait qu'avoir des troubles de la conscience déjà à l'arrivée des ambulanciers, à 13h27, et a fortiori aux urgences des HUG ; cette appréciation s'impose d'autant plus qu'un scanner a révélé qu'elle avait un volumineux hématome sous-dural aigu, s'étant formé avant le moment où le scanner a été effectué, vers 16h50 (quelque quatre heures après la prise des paramètres usuels par les ambulanciers). Les données anamnestiques que la recourante a données aux ambulanciers apparaissent au

demeurant avoir été imprécises et/ou avoir été mal comprises par ces derniers, comme en particulier le fait qu'elle avait pris du Zomig (en réalité non le 5 novembre 2013 dans sa voiture au moment où elle s'est sentie mal, mais bien antérieurement, ainsi qu'elle l'a déclaré en audience). Il est au surplus compréhensible que dans son état, elle se fût concentrée, lors de l'intervention des ambulanciers et aux urgences des HUG, sur ce qu'elle ressentait – à savoir des

A/1816/2015 - 29/32 - céphalées très fortes d'un autre genre que celles qu'elle avait l'habitude d'avoir, anormales et éveillant en elle l'impression que sa vie était en danger – plutôt que sur le déroulement des faits. Il faut aussi tenir compte du fait que la recourante ne maîtrise pas couramment la langue française, parlant pour l'essentiel le polonais dans sa vie privée et l'anglais dans sa vie professionnelle. f. Par ailleurs, comme le Dr H_____ l'a expliqué, il n'est pas vraisemblable que la recourante ait imaginé, vers fin novembre-début décembre 2013, qu'elle avait eu un traumatisme le 5 novembre 2013, ni qu'elle l'ait inventé dans la perspective d'obtenir des prestations prévues légalement en cas d'accident, qui seraient plus favorables qu'en cas de maladie. Elle devait avoir fixé dans sa mémoire une notion de traumatisme avant de plonger dans un état de conscience fluctuant. Il n'est pas anormal, compte tenu de son état, qu'elle n'en ait fait état que quelque quatre semaines après les faits ; elle ne pouvait guère le faire auparavant, ayant été durablement inconsciente ou en état de semi-conscience dans l'intervalle des opérations successives qu'elle a subies. Le Dr C_____ a exprimé à ce propos un avis similaire. D'ailleurs, la recourante a expliqué à son fils, autant que son état le lui permettait de le faire, qu'elle s'était tapée la tête en ouvrant la portière de sa voiture avant que l'intimée ne fasse part, par courrier du 4 décembre 2013, après réception de la « déclaration de sinistre LAA » du 2 décembre 2013, qu'elle ne pouvait encore se prononcer sur l'octroi de prestations d'assurance. Preuve en est aussi que ni la recourante ni son fils n'ont alors cherché aussitôt à obtenir l'appui des médecins pour convaincre l'intimée de la survenance d'un accident et non d'une maladie ; ce n'est que le 24 janvier 2014 que, à la première consultation chez le Dr C_____, la recourante a indiqué, spontanément, avoir subi un traumatisme. g. Ainsi, s'appuyant à ce propos sur les avis globalement convergents des Drs C_____ et H_____, au demeurant pas frontalement contredits par le Dr G_____, ainsi que sur des considérations de bon sens, la chambre de céans retient qu'on ne saurait inférer de l'absence de mention d'un traumatisme aux ambulanciers et aux urgentistes, puis même jusqu'à fin novembre-début décembre 2013, qu'il n'y a pas eu de traumatisme. La version des faits présentée par la recourante est totalement crédible. Il y a eu événement accidentel. h. Des considérations médicales viennent confirmer, en termes de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un accident, en même temps que le rapport de causalité naturelle et adéquate de ce dernier avec l'hématome sous-dural aigu qu'a eu la recourante et, partant, les opérations qu'elle a dû subir ainsi que les autres soins médicaux lui ayant été dispensés et l'incapacité de travail s'en étant suivie. h/aa. Il est admis par les médecins s'étant exprimés dans la présente affaire que l'origine d'un hématome sous-dural est le plus fréquemment un traumatisme, de surcroît pas nécessairement violent au point de provoquer une plaie ou une contusion, et qu'un tel hématome peut engendrer les conséquences s'étant en l'espèce produites. Comme l'expert H_____ l'a expliqué dans son rapport d'expertise et lors de son audition, la littérature médicale fait mention d'hématomes

A/1816/2015 - 30/32 - sous-duraux indépendants d'un traumatisme, mais de tels cas sont rares, et ils tiennent à des étiologies telles qu'une malformation artérielle (comme un

anévrisme ou une malformation artério-veineuse), une maladie infectieuse (comme une embolie septique chez des toxicomanes, une méningite focalisée), une coagulopathie (liée à un trouble primaire de la crase ou secondaire à une infection paranéoplastique, à des effets médicamenteux ou à une maladie auto-immune comme un purpus thrombocytopénique), une thrombose veineuse intracérébrale, le syndrome de l'enfant secoué, une affection tumorale (comme un méningiome), une dialyse, une dérivation ventriculaire, une rachis anesthésie ou un kyste arachnoïdien. Le risque est plus grand chez les sujets ayant pris de l'aspirine ou des anticoagulants, abusé de l'alcool ou atteint un grand âge. Selon le Dr H_____, la recourante ne se trouvait dans aucune de ces catégories à risque, qu'elles soient étiologiques ou liées à des facteurs de risque aggravés. Le Dr C_____ a exprimé le même avis, quoique de façon moins détaillée. h/bb. Le Dr G_____ estime quant à lui qu'en l'espèce le degré de vraisemblance d'une étiologie traumatique est moindre que le ne retiennent les Drs C_____ et H_____, au point qu'il estime les deux origines, traumatique ou pathologique, de l'hématome sous-dural subi par la recourante comme d'importance égale. Il partage l'avis du Dr H_____ que la recourante, d'âge moyen et en bonne santé habituelle, ne présentait pas les facteurs de risque évoqués par ce dernier, toutefois pas sans réserve. La mention faite dans le compte-rendu opératoire du 5 novembre 2013 d'un saignement actif artériolaire cortical pouvait, selon lui, constituer un indice d'une pathologie vasculaire (dont il n'affirmait cependant pas la présence). Toutefois, comme le Dr H_____ l'a fait remarquer, cet indice n'était pas étayé d'une autre façon, et – ce qu'a alors admis le Dr G_____ – le saignement relevé ne se situait pas dans l'espace sous-dural où il y avait eu hématome. Par ailleurs, le fait que la recourante avait dû être opérée à trois reprises pouvait être la conséquence d'un trouble de la coagulation ou d'une malformation vasculaire restée jusqu'à présent inconnue, aucun dépistage systématique n'ayant été effectué (probablement en raison de l'urgence de la prise en charge). Le Dr H_____ a objecté que, d'après le dossier et l'avis qu'il avait recueilli auprès de la Dresse F_____, il n'y avait pas d'élément pouvant suggérer de tels troubles. h/cc. En conclusion, bien qu'ayant pris connaissance de l'appréciation neurologique du Dr G_____ et entendu, lors de son audition, les observations formulées par ce dernier, l'expert H_____ a confirmé qu'il était le plus vraisemblable que l'hématome sous-dural que la recourante a eu le 5 novembre 2013 fût d'origine traumatique, à savoir tînt à celui qu'elle avait décrit, même si celui-ci n'avait pas provoqué de plaie ou de contusion visibles. i. L'expertise qu'a établie le Dr H_____ le 19 novembre 2015, au surplus complétée et explicitée lors de son audition du 11 octobre 2016, satisfait aux

A/1816/2015 - 31/32 - exigences formelles et matérielles sur la force probante de tels rapports médicaux. Elle va dans le même sens que celui exprimé par le Dr C_____, et n'est guère contredite par le Dr G_____, sinon essentiellement sur le degré de vraisemblance d'un événement accidentel plutôt que pathologique ayant engendré l'hématome sous-dural considéré et ses conséquences. Au regard de l'ensemble des considérations précitées, la chambre de céans retient qu'au degré de vraisemblance prépondérante, d'une part ledit hématome sous-dural de la recourante a résulté du choc que cette dernière a eu en trébuchant lors de l'ouverture de la portière de sa voiture, et d'autre part que ledit choc se trouve dans un rapport de causalité naturelle et adéquate non seulement avec le développement de cet hématome sous-dural mais aussi avec l'opération du 5 novembre 2013 et les opérations subséquentes consécutives à des complications survenues, les autres soins médicaux et l'incapacité de travail de la recourante. Les deux recours doivent être admis pour ce motif, et la décision sur opposition du 30 avril 2015, qui s'est substituée à la

décision de l'intimée du 22 janvier 2015 (ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1), être annulée. 6. Dans ces conditions, il n'y a lieu d'examiner ni si les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération étaient remplies, ni si l'intimée aurait pu et dû invoquer plus tôt les prétendus nouveaux moyens de preuve sur lesquels elle a déclaré se fonder, ni si des considérations tirées du principe de la bonne foi s'opposaient à la prise des décisions considérées. 7. La procédure est gratuite (art. 60 let. b LPGA). Vu l'issue donnée au recours, une indemnité de procédure doit être allouée à l'assurée recourante, ayant recouru aux services d'un représentant, mais pas à l'assureur-maladie recourant, qui, disposant d'un service juridique, a plaidé en personne (art. 60 let. g LPGA). L'indemnité de procédure allouée à l'assurée recourante sera fixée à CHF 2'000.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03), et mise à la charge de l'intimée. * * * * *

A/1816/2015 - 32/32 - 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.