

GE_GERICHTE A/2013/2019 vom 30. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2013_2019

FR: GE_GERICHTE A/2013/2019 du 30 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE A/2013/2019 del 30 novembre 2020

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée _____, à CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel KINZER recourante contre BÂLOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1988, a été engagée dès le 1^{er} janvier 2013 en qualité d'infirmière au sein d'une unité du département psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) (ci-après : l'employeur). À ce titre, elle est assurée contre les accidents par la BÂLOISE ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée). 2. Le 12 avril 2016, l'assurée a été agressée par Monsieur F_____, qui était hospitalisé dans son unité. Il l'a agrippée par derrière alors qu'elle marchait dans le couloir, et l'a blessée à l'omoplate gauche au moyen d'un couteau. Elle a été transférée en ambulance au service des urgences des HUG, où elle a été hospitalisée une nuit. Ce sinistre a fait l'objet d'une déclaration de l'employeur à l'assurance le même jour. 3. Le 13 avril 2016, le docteur B_____, médecin au service des urgences des HUG, a posé le diagnostic principal de plaie thoracique postérieure gauche en raison d'un trauma par couteau. Selon l'anamnèse, l'assurée avait reçu au moins deux coups au niveau de l'omoplate gauche au moyen d'un couteau de cuisine de 10 à 12 cm de long. Elle n'avait pas subi de chute ou de perte de connaissance et ne présentait pas de pneumothorax, mais une infiltration hématique et un emphysème de la musculature para-vertébrale gauche. La plaie était d'environ 5 cm. 4. Le 8 août 2016, la doctresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une plaie du thorax et un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte (F 43.22). Le traitement consistait en soutien et médication. Des éléments dépressifs et anxieux persistaient et avaient motivé l'introduction d'un antidépresseur au mois de juillet. Le pronostic était bon. L'incapacité de travail était totale du 8 avril au 16 mai 2016, puis de 50 % dès le 17 mai 2016. 5. La Dresse C_____ a attesté par la suite une capacité de travail de 50 % jusqu'au 26 août 2016, puis totale dès le 1^{er} septembre 2016. 6. L'assurance a invité son médecin-conseil, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident et la plaie à l'omoplate. Dans son avis du 15 novembre 2016, ce médecin a retenu l'existence d'un tel lien. On pouvait escompter une augmentation de la capacité de travail dans l'activité habituelle dans les deux à trois semaines. Le pronostic était bon. Le traitement s'étendait jusqu'à l'ablation des fils. Il a précisé que l'incapacité de travail ne relevait pas uniquement des conséquences de la plaie, mais également des effets généraux de l'agression. 7. Le 5 décembre 2016, la Dresse C_____ a indiqué à l'assurance que l'ablation des fils avait eu lieu le 20 avril 2016, et que le traitement pour la plaie avait pris fin au mois de juin 2016. Les conséquences psychologiques de l'agression avaient nécessité un suivi médical, encore en cours. 8. Par courriel du 20 décembre 2016 à l'employeur,

l'assurance lui a indiqué qu'une décision sur l'incapacité de travail de l'assurée serait prochainement rendue. 9. Dans sa décision notifiée à l'assurée le 13 janvier 2017, l'assurance a rappelé sous point 1 « Diagnostic et rapport de causalité naturelle et adéquate » les exigences relatives aux liens de causalité naturelle et adéquate pour le versement des prestations. Elle a soutenu que l'accident subi par l'assurée était tout au plus de gravité moyenne, et qu'aucun des critères jurisprudentiels permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre cet accident et les troubles psychiques n'était réalisé selon les documents en sa possession. Sous point 2 « Traitement médical », elle a retenu que selon le Dr D_____, la prise en charge allait jusqu'à l'ablation des fils, qui avait eu lieu le 20 avril 2016. La date de la dernière consultation auprès de la Dresse C_____ était le 3 juin 2016, et le traitement médical en lien avec l'accident du 8 avril 2016 avait pris fin à cette date, bien que l'assurance ait pris en charge les consultations de la Dresse C_____ jusqu'au 22 juillet 2016. Elle renonçait à réclamer leur remboursement. Le point 3, libellé « Indemnités journalières », indiquait que le droit à ces prestations s'éteignait le 30 avril 2016, le médecin-conseil de l'assurance ayant fait état d'une incapacité de travail de deux à trois semaines en raison de la plaie. L'incapacité de travail dès le 1^{er} mai 2016 n'était plus à charge de l'assurance-accidents. Le dispositif figurant sous la rubrique « Décision » avait la teneur suivante : 1. Aucune prestation n'est versée par [l'assurance] pour les frais relatifs au traitement en lien avec les conséquences psychologiques. 2. Il n'y a plus de droit aux prétentions (sic) de l'assurance-accidents auprès de [l'assurance] en ce qui concerne le traitement médical dès le [4 juin 2016] et dès le [1^{er} mai 2016] concernant les indemnités journalières. 3. Il n'y a pas de droit aux prétentions (sic) de l'assurance-accidents auprès de [l'assurance] pour les troubles psychiques et la prise en charge des prestations d'assurance doit être refusée. 4. Une copie de la présente est adressée à [l'assurance-maladie de l'assurée]. 10. À la même date, l'assurance a informé l'employeur que les conditions pour l'octroi de prestations pour accident n'étaient plus réunies dès le 1^{er} mai 2016 concernant l'incapacité de travail. Une décision avait été notifiée à l'assurée. 11. L'assurée ne s'est pas opposée à la décision de l'assurance. 12. Le 7 mars 2017, la Dresse C_____ a adressé un courrier à l'assurance, dans lequel elle s'est étonnée de sa décision. Elle a rappelé que l'assurée avait subi une agression au cours de laquelle un patient s'était jeté sur elle avec un couteau. Les conséquences physiques avaient été deux plaies, heureusement superficielles, dont la guérison n'avait pas posé de problème. Les conséquences psychologiques avaient été plus importantes. L'assurée n'avait aucun antécédent psychiatrique. Il y avait un lien de causalité clair entre l'agression et ses atteintes à la santé. Le médecin ne pouvait ainsi pas comprendre que la couverture pour accident se limite à la guérison de l'atteinte physique uniquement. 13. Le 18 avril 2017, l'assurance a indiqué à la Dresse C_____ que les conditions de prise en charge des « situations psychiques » étaient restrictives. Une décision expliquant les motifs du refus de prise en charge avait été notifiée à l'assurée, et elle était entrée en force faute d'opposition. 14. Dans une attestation établie le 7 août 2017, la Dresse C_____ a indiqué qu'elle avait vu l'assurée à la suite de son agression, d'abord une fois par mois jusqu'en août 2016 puis tous les deux ou trois mois. Au plan psychologique, l'assurée avait présenté dans un premier temps des troubles du sommeil, puis progressivement dans le courant du moins de juin 2016 un état réactionnel avec des symptômes anxieux. Une prise en charge psychologique brève lui avait été proposée par son employeur, qui avait consisté en un suivi de quelques semaines chez Madame E_____, psychologue aux HUG, en mai-juin 2016. À fin juillet 2016, eu égard aux éléments dépressifs surajoutés, un traitement antidépresseur avait débuté. L'évolution depuis l'été

2016 était lentement favorable. L'assurée avait repris son activité professionnelle à plein temps en septembre 2016. Il persistait des troubles du sommeil avec des cauchemars, un sentiment de fragilité psychique et des moments émotionnellement très difficiles, notamment chaque fois qu'elle devait évoquer l'agression ou ses suites administratives. Devant ce tableau clinique, la Dresse C_____ l'avait encouragée à débiter une psychothérapie en avril 2017. 15. Par jugement du 22 août 2017, le Tribunal correctionnel du canton de Genève a reconnu M. F_____ coupable d'actes préparatoires de meurtre et de tentative de meurtre. Il l'a condamné à une peine privative de liberté de 4 ans et a ordonné un traitement institutionnel. Il l'a également condamné à verser à l'assurée plusieurs montants, dont une indemnité de CHF 12'000.- à titre de réparation du tort moral. 16. Le 7 juin 2018, l'assurée, assistée de son conseil, a été entendue par l'instance d'indemnisation de la loi sur l'aide aux victimes d'infractions. Son avocat a été invité par cette instance à se renseigner auprès de l'assurance sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et à contacter l'assurance responsabilité civile de l'employeur de l'assurée. 17. Le 28 novembre 2018, sous la plume de son conseil, l'assurée a sollicité de l'assurance une indemnité pour atteinte à son intégrité en raison de l'événement survenu le 8 avril 2016. Elle a décrit les troubles psychiques dont elle avait souffert à la suite de son agression. M. F_____ n'était pas en mesure de s'acquitter du montant qui lui avait été alloué à titre de réparation de son tort moral. Elle a en substance affirmé souffrir de séquelles psychologiques importantes et a affirmé que son état de stress post-traumatique était en relation de causalité naturelle et adéquate avec son agression. 18. Par courrier du 12 décembre 2018, l'assurance a répondu au conseil de l'assurée que sa décision du 13 janvier 2017 était entrée en force. Elle avait refusé la prise en charge des prestations en lien avec les conséquences psychologiques dont avait souffert l'assurée, faute de causalité adéquate entre ses troubles et l'événement du 8 avril 2016. L'assurance n'était pas liée par les « conclusions pénales ». Le caractère de l'infraction ayant causé la situation de l'assurée n'entraîne pas en considération pour l'examen de la causalité adéquate. En l'absence d'un tel lien de causalité, ressortant de la décision entrée en force, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne pouvait être reconnu. 19. Le 1^{er} février 2019, l'assurée a déclaré s'opposer à la « décision » de l'assurance du 12 décembre 2018. C'était à tort que celle-ci invoquait l'autorité de chose jugée de sa décision du 13 janvier 2017, qui portait sur une demande tout à fait distincte de sa requête du 28 novembre 2018. Par ailleurs, l'absence de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte psychique invoquée par l'assurance dans sa décision du 13 janvier 2017 ne revêtait pas l'autorité de chose jugée, conférée au seul dispositif de la décision. L'assurance avait également violé son obligation d'instruire les faits d'office et le droit d'être entendue de l'assurée, en omettant de tenir compte des arguments développés dans sa demande d'indemnisation. Répétant les éléments évoqués dans sa demande du 28 novembre 2018, l'assurée a affirmé que son état de stress post-traumatique était en lien de causalité adéquate avec l'agression dont elle avait été victime le 8 avril 2016. 20. Le 29 janvier 2019, la Dresse C_____ a attesté que l'assurée, qui était sa patiente depuis juillet 2011, ne souffrait pas de problèmes d'anxiété avant l'agression du 8 avril 2016. 21. Par courrier du 5 avril 2019, l'assurance s'est référée à son courrier de non entrée en matière du 12 décembre 2018. Sa décision du 13 janvier 2017 étant entrée en force, une opposition n'était plus recevable à ce stade. 22. Par mémoire du 23 mai 2019, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la « décision » de l'assurance du 5 avril 2019. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée. Elle a décrit l'évolution de son état de santé depuis son agression. Elle a précisé que lorsque l'intimée avait rendu sa

décision en janvier 2017, elle n'avait pas encore formulé de demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité et pensait que la déclaration d'accident remplie par son employeur était une formalité visant à la prise en charge des frais de traitement. Vivant une période difficile, elle n'avait pas pris connaissance en temps utile de la décision de l'intimée, qui était entrée en force. Elle a fait grief à l'intimée d'avoir commis un déni de justice formel en refusant d'entrer en matière sur sa demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a soutenu que la Dresse C_____ n'était pas en mesure d'établir un diagnostic fiable concernant la durée ainsi que l'importance de l'atteinte avant la décision du 13 janvier 2017, ce qui justifiait que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne soit fixée qu'une fois le traitement médical terminé. De plus, la déclaration d'accident et les rapports médicaux ne comportaient aucune demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la moindre indication qui permettrait de statuer à ce sujet. Ainsi, l'intimée ne pouvait pas considérer qu'il lui était demandé de trancher ce point, qui n'avait pas fait l'objet de la procédure administrative. La cause devait lui être renvoyée afin qu'elle examine le droit à cette prestation. 23. Dans sa réponse du 3 juillet 2019, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours et à son rejet. Elle a soutenu qu'en l'absence d'opposition, sa décision du 13 janvier 2017 était devenue exécutoire. Ses courriers des 12 décembre 2018 et 5 avril 2019 n'étaient pas des décisions, si bien que le recours interjeté le 23 mai 2019 devait être déclaré irrecevable. Elle a affirmé que conformément à la décision du 13 janvier 2017, l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident et l'absence de droit aux prestations pour les troubles psychiques revêtaient l'autorité de la chose jugée, ce qui devait conduire au rejet du recours. La recourante ne sollicitait pas la révision de la décision du 13 janvier 2017, à juste titre dès lors qu'elle ne faisait état d'aucun élément médical nouveau et qu'en toute hypothèse, le délai de nonante jours dès la découverte du motif de révision n'avait pas été respecté, le rapport de la Dresse C_____ datant du 7 août 2017 et la demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité du 28 novembre 2018. Par surabondance, les conditions d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique n'étaient pas réunies, la question de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident survenu le 8 avril 2016 ayant été tranchée définitivement. En outre, aucun pronostic excluant pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration n'avait été posé. La recourante avait au contraire retrouvé une capacité de travail de 50 % dès le 17 mai 2016, et une pleine capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2016. Elle n'avait ainsi pas démontré que l'atteinte à l'intégrité subsisterait avec la même gravité durant toute sa vie. 24. Par réplique du 9 août 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que le Dr D_____ s'était prononcé uniquement sur le traitement de la plaie à l'omoplate. L'intimée n'avait pas recueilli de renseignements plus détaillés sur son atteinte psychologique. Elle a soutenu que les courriers du 12 décembre 2018 et du 5 avril 2019 avaient toutes les caractéristiques d'une décision. Le refus d'entrer en matière sur une demande constituait déjà une décision. Partant, son opposition au courrier du 12 décembre aurait dû être traitée, et le courrier du 5 avril 2019 était une décision sujette à recours. La recourante a affirmé qu'aucune des communications avec l'intimée ne lui avait permis de se rendre compte que son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité serait tranché, qui plus est de manière prématurée. Elle s'est référée au courriel de l'intimée du 20 décembre 2016 à son employeur, indiquant qu'une décision sur l'incapacité de travail serait rendue. On pouvait en déduire que la décision porterait sur ce seul élément. Le courrier du 13 janvier 2017 de l'intimée à l'employeur précisait uniquement que les conditions pour l'octroi de prestations n'étaient plus réunies dès le 1^{er} mai 2016 s'agissant de l'incapacité de travail. Partant, la recourante ne pouvait comprendre

que la décision du 13 janvier 2017 impliquait également le rejet d'une éventuelle future demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qu'elle n'avait alors pas formulée. La décision du 5 avril 2019 devait ainsi être annulée, et la cause renvoyée à l'intimée afin de ne pas priver la recourante d'un degré de juridiction. 25. Par écriture du 9 août 2019, la recourante s'est déterminée sur deux arrêts récents du Tribunal fédéral, qu'elle a commentés. Elle a exposé qu'il s'agissait dans son cas de savoir si une décision sur les prestations temporaires de l'assurance-accidents pouvait aussi valoir décision sur les prestations définitives, alors que le droit à ces prestations n'était pas en état d'être jugé. La recourante n'avait pas demandé d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et il n'en avait jamais été question entre les parties avant la décision litigieuse du 13 janvier 2017. Ainsi, elle ne pouvait comprendre que cette décision, mettant un terme aux prestations temporaires pour accident, excluait aussi une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité. 26. Par duplique du 20 août 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a contesté avoir uniquement recueilli des renseignements sur les atteintes physiques de la recourante, dont elle savait qu'elle suivait un traitement pour ses troubles psychiques. Elle a derechef nié le caractère de décision à ses courriers des 12 décembre 2018 et 5 avril 2019. En l'absence de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, elle était parfaitement en droit de statuer sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sans attendre la fin du traitement médical. Les arrêts invoqués par la recourante dans son écriture du 9 août 2019 ne lui étaient d'aucun secours. En effet, dès lors que la décision du 13 janvier 2017 avait écarté de manière définitive un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, il n'était pas pertinent de savoir si les prestations sur lesquelles elle portait étaient temporaires ou non. La recourante ne pouvait en outre pas se prévaloir des communications de l'intimée à son employeur pour affirmer qu'elle en avait déduit que la décision du 13 janvier 2017 ne portait pas sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisqu'elle n'avait pu prendre connaissance des dites communications que dans la présente procédure. 27. La chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience qui s'est tenue le 24 février 2020. La recourante a évoqué son parcours professionnel, l'évolution de son état de santé depuis son agression, et la thérapie suivie depuis. Son conseil a indiqué qu'il avait été mandaté pour l'aspect asséculo-logique depuis 2018 environ, soit beaucoup plus récemment que pour le volet pénal. Le représentant de l'intimée a exposé que la lettre du 18 novembre 2016 à la recourante était la seule correspondance échangée avec elle. Il n'avait pas connaissance d'un contact téléphonique avec celle-ci. À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le litige au fond porte sur le point de savoir si l'intimée a commis un déni de justice en refusant d'entrer en matière sur la demande de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité du 28 novembre 2018. 3. En ce qui concerne la recevabilité du recours, la chambre de céans relève ce qui suit. a. Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux

demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). La décision n'est pas définie dans la LPGA. Elle correspond cependant à la notion de décision au sens de l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) (ATF 131 V 42 consid. 2.4). Selon cette disposition, sont considérées comme décisions les mesures prises par les autorités dans des cas d'espèce, fondées sur le droit public fédéral et ayant pour objet : de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a); de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits ou d'obligations (let. b); de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c). Cette définition correspond presque exactement à celle prévue en droit cantonal, contenue à l'art. 4 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), dont la teneur est la suivante : sont considérées comme des décisions au sens de l'art. 1, les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal, communal et ayant pour objet : de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou des obligations (let. a); de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits, d'obligations ou de faits (let. b); de rejeter ou de déclarer irrecevables des demandes tendant à créer, modifier, annuler ou constater des droits ou obligations (let. c). b. Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). En d'autres termes, dans la 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 (en principe sur opposition). Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si 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, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 12/01 du 9 juillet 2001 consid. 1). Lorsqu'aucune décision n'a été rendue, le recours est irrecevable (ATF 131 V 202 consid. 2.1) c. À teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le droit de recours en vertu de cette disposition sert à mettre en oeuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_687/2008 du 12 mars 2009 consid. 3.1). d. En l'espèce, le point de savoir si les courriers de l'intimée du 12 décembre 2018 et du 5 avril 2019 constituent des décisions peut rester ouvert, dès lors que la recourante invoque un déni de justice lié au refus d'entrer en matière de l'intimée sur sa demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La recevabilité du recours pour déni de justice dépendra donc du point de savoir si le droit de la recourante à une telle indemnité a déjà été tranché par la décision de l'intimée du 13 janvier 2017. 4. On soulignera en premier lieu qu'il n'est pas contesté que l'agression subie par la recourante constitue bien un accident. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1). 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 la santé. Il faut que d'après le

cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). 5. L'exercice du droit aux prestations d'assurance est généralement soumis à une annonce à l'assureur (cf. art. 29 al. 1 LPG). L'annonce vaut pour toutes les prestations que l'ayant droit peut faire valoir auprès de l'assureur compétent. Il n'est pas nécessaire de préciser, dans l'annonce, la nature ou l'étendue des prestations requises (Guy LONGCHAMP in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 24 ad art. 29) Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA). 6. L'art. 19 al. 1 LAA dispose que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1 a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite du point de vue temporel le droit aux prestations temporaires que sont les indemnités journalières et la prise en charge du traitement d'une part, et le droit à la rente d'autre part (arrêts du Tribunal fédéral 8C_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.2). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a défini qu'en application de l'art. 19 al. 1 LAA, c'est au moment où une amélioration sensible de l'état de santé ne peut plus être attendue que l'assureur-accidents doit clore le cas. Il doit alors mettre un terme aux prestations temporaires en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références) 7. Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2). L'art. 24 LAA ne fixe pas seulement le moment auquel

l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées (RAMA 3/2004 n° U 508 p. 265 consid. 5.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2). On précisera, compte tenu du contexte de la demande du 28 novembre 2018, que l'art. 4 al. 1 de la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions du 23 mars 2007 (LAVI - RS 312.5) consacre le principe de la subsidiarité de l'intervention étatique à la base du système de la LAVI. Conformément à ce principe, l'autorité d'indemnisation LAVI doit tenir compte d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité lors de la fixation de la somme allouée à titre de réparation morale (arrêt du Tribunal fédéral 1C_182/2007 du 28 novembre 2007 consid. 11). 8. Dans une cause où l'assureur-accidents avait dans un premier temps communiqué par courrier à l'assurée qu'il mettait un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, avant de rendre deux mois plus tard une décision niant le droit à une rente et octroyant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, le Tribunal fédéral a retenu que la fin des prestations temporaires - soit les indemnités journalières et le droit au traitement - est si étroitement liée aux questions de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'on peut considérer que ces prestations forment un seul objet du litige. Partant, dans le cas d'espèce, les conclusions du recours de l'assurée tendant à l'octroi de prestations temporaires étaient recevables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_170/2015 du 29 septembre 2015 consid. 4.2). Dans un arrêt où le juge n'avait pas fait droit à la conclusion de l'assuré portant sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au motif que ce point n'était pas l'objet de la décision attaquée, laquelle mettait un terme à la prise en charge du traitement médical et niait le droit à la rente, le Tribunal fédéral a confirmé que la contestation n'avait pas d'objet, faute d'une décision sur ce point qu'il appartenait à l'assureur-accidents de rendre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2013 du 3 avril 2014 consid. 6). Dans un récent arrêt de principe, notre Haute Cour a rappelé le principe selon lequel on ne peut scinder en deux objets du litige distincts le droit aux indemnités journalières et aux frais de traitement d'une part, et le droit à la rente d'autre part. Elle a toutefois précisé que la décision peut entrer partiellement en force en tant qu'elle porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, alors même que le droit à la rente reste litigieux, et que ces deux points peuvent être tranchés par des décisions distinctes (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et 4.3). 9. Selon la jurisprudence et la doctrine, en principe, seul le dispositif d'une décision peut être attaqué par un recours et non ses motifs, car lui seul acquiert force de chose jugée. Sa portée exacte se détermine à la lumière des motifs (ATF 123 III 16 consid. 2a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2016 du 26 avril 2017 consid. 3.2). En outre, dès lors que l'objet du litige n'a pas été définitivement tranché, les différents éléments qui en font partie ne peuvent être considérés comme revêtant force de chose jugée (ATF 122 V 351 consid. 4b portant sur la réduction d'une rente complémentaire d'invalidité, retenant que tous les motifs de réduction - même ceux qui n'ont pas fait l'objet de l'opposition - doivent être examinés). Ces éléments (Teilaspekte) comprennent tous les points déterminants pour le droit aux prestations, tels que par exemple les conditions d'assurance, le degré d'invalidité etc. Ils servent à motiver la décision et ne sont ainsi pas susceptibles d'un recours séparé (ATF 125 V 413 consid. 2b). L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure entre les mêmes parties, une prétention identique à celle qui a été définitivement jugée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.1.2). 10. Le contenu et la portée d'une décision administrative ressortent en premier lieu de son

dispositif. Lorsque celui-ci n'est pas clair, incomplet, équivoque ou contradictoire, l'insécurité doit être levée par une interprétation, en se référant à la motivation de la décision. Comme la décision doit être conforme à la loi et au principe de l'égalité de traitement, il convient aussi de prendre en considération, pour son interprétation, quelle solution est conforme à la loi et correspond aux critères sur lesquels se fonde habituellement l'autorité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_571/2019 du 23 juillet 2020 consid. 4.4.2). Il s'agit de dégager le sens véritable de la décision, conformément à sa signification juridique concrète, en s'écartant au besoin du sens littéral (ATF 120 V 496 consid. 1a et la référence). Le principe de la confiance limite toutefois cette interprétation : une décision doit être comprise dans le sens que son destinataire pouvait et devait lui attribuer selon les règles de la bonne foi, compte tenu de l'ensemble des circonstances qu'il connaissait ou qu'il aurait dû connaître (ATF 115 II 415 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 1A.42/2006 du 6 juin 2006 consid. 2.3). 11. En l'espèce, la décision du 13 janvier 2017 - dont nul ne conteste qu'elle est entrée en force - n'a pas statué expressément sur le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle n'évoque en effet pas cette prestation, et tranche formellement le droit aux indemnités journalières et le droit au traitement médical uniquement. Le fait que l'intimée aurait en principe également dû se prononcer sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité au moment où elle mettait un terme au droit au traitement médical, conformément à la loi et à la jurisprudence, ne permet pas de considérer que sa décision du 13 janvier 2017 exclut implicitement l'allocation d'une telle indemnité. Cette analyse s'impose a fortiori dès lors que l'assureur est fondé à rendre des décisions distinctes sur la fin du droit aux prestations temporaires et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral. Reste à déterminer si l'exclusion d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 8 avril 2016 et les troubles psychiques de la recourante retenue dans la décision du 13 janvier 2017 suffit à exclure l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En premier lieu, au vu des circonstances, il n'est pas inutile de relever le caractère étique de la motivation de l'intimée pour exclure la causalité adéquate des troubles psychiques. Elle se contente en effet de qualifier l'accident comme étant de gravité moyenne, sans indiquer les éléments sur lesquels elle se fonde, ni se référer à d'autres cas tranchés par la jurisprudence. Quant aux différents critères dégagés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident, l'intimée les écarte simplement, sans décrire ou commenter les éléments qui lui permettent de considérer qu'ils ne sont pas réalisés dans le cas d'espèce. Ainsi, la motivation de la décision n'emporte en toute hypothèse pas la conviction sur ce point. Quoi qu'il en soit, dès lors que ce volet de la décision n'est pas intégré au dispositif, la négation du lien de causalité entre l'agression et les troubles psychiques ne revêt pas force de chose jugée. Certes, le chiffre 3 du dispositif de la décision nie le droit aux prestations pour accident en raison des troubles psychiques. Il ne se réfère cependant pas à l'absence de causalité adéquate entre l'événement du 8 avril 2016 et lesdits troubles. En outre, cet élément du dispositif, dont la formulation est peu claire, doit être interprété au regard de l'ensemble de la décision, laquelle ne souffle mot d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Partant, on ne saurait y voir une négation du droit à ladite indemnité, qu'il aurait appartenu à l'intimée d'exclure précisément et sans ambiguïté. Ce point constitue bien plutôt le fondement juridique des autres chiffres du dispositif. Il n'a ainsi pas de portée propre, et ne pourrait d'ailleurs pas être attaqué indépendamment des autres éléments du dispositif. 12. Conformément aux éléments qui précèdent, force est d'admettre que le droit de la recourante une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas l'objet de la décision du 13

janvier 2017, et l'intimée ne pouvait refuser d'entrer en matière sur la demande d'indemnisation du 28 novembre 2018. Le juge qui constate un déni de justice au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA rend une décision constatatoire et ne peut en règle générale pas statuer de manière formatrice ou condamnatrice. Il doit renvoyer la cause à l'assureur en l'invitant à trancher rapidement le droit aux prestations (Miriam LENDFERS in Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, nn. 51 et 54 ad 56 LPGA). La cause sera ainsi renvoyée à l'intimée, à charge pour elle d'examiner si les conditions du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité sont remplies, avant de rendre une décision sur ce point.

13. Le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGA). 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.