

GE_GERICHTE A/3858/2015 vom 20. Juli 2016

GE Cour de justice, 2016-07-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3858_2015

FR: GE_GERICHTE A/3858/2015 du 20 juillet 2016

IT: GE_GERICHTE A/3858/2015 del 20 luglio 2016

Erwägungen

E. 4

mars 2002 consid. 2c). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; - l'intensité des douleurs; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral - si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2) - il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques,

soit : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

6. a) 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 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 traumatisme cranio-cérébral. 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).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, 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. A 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 ; 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). 7. 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).!> 8. 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 LPG). 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).> 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 30 novembre 2004 consid. 1.3). 9. À titre préalable, il convient d'établir si la recourante a été victime le 4 octobre 2013 d'une entorse cervicale par accident de type « coup du lapin ». En effet, l'intimée considère que tel n'est pas le cas au regard du rapport médical de la première consultation qui ne fait mention ni de douleurs au niveau de la nuque, ni de vertiges.> En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex. vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique

d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). Le temps de latence de 72 heures ne se rapporte pas à la période entre l'accident et la première consultation médicale, mais à celle entre l'accident et l'apparition des douleurs à la nuque ou à la colonne cervicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 122/03 du 18 mai 2002 consid. 3.2). Selon la fiche documentaire pour première consultation du 20 janvier 2014, lors de l'examen du 4 octobre 2013 à 8h37, la recourante ne présentait pas de douleurs à la nuque ou à la colonne cervicale ni de problèmes de mobilité de cette dernière. Les lésions externes consistaient notamment en un traumatisme crânien avec hématome frontal. Ladite fiche sur laquelle l'intimée se fonde pour exclure la présence d'une entorse cervicale par accident de type « coup du lapin » se base sur un seul examen médical et radiologique qui a eu lieu le jour-même de l'accident au UHCD du CHAL, alors que la suite du traitement a été prise en charge par la Dresse H_____ qui a examiné la recourante le 9 octobre 2013. En revanche, s'agissant des deux jours suivant l'accident, le dossier ne contient aucune constatation médicale. Toutefois, selon le rapport du Dr F_____ du 14 novembre 2013, la recourante a présenté le lendemain de son accident d'importantes contractures cervicales extrêmement douloureuses et son diagnostic est celui d'une très probable entorse cervicale associée à une symptomatologie purement mécanique. Pour sa part, dans son rapport initial du 27 janvier 2014, la Dresse H_____ indique que la recourante a souffert de douleurs cervicales, qui sont apparues le 4 octobre 2013 dans la nuit de l'accident, et d'une lésion structurelle consistant en une entorse cervicale visible sur IRM. Au vu des diagnostics posés par les Drs F_____, E_____ et H_____, il est avéré que la recourante a été victime lors dudit accident d'un traumatisme du rachis cervical ainsi que d'un traumatisme crânien et que l'intimée doit en répondre jusqu'à ce que le statu quo sine vel ante soit établi. De plus, l'intimée admet que la recourante a présenté des céphalées et des vomissements. Selon le rapport de la Dresse H_____ du 27 janvier 2014, la recourante a également développé dès le 4 octobre 2013 des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire, de la fatigue et une dépression. Par conséquent, elle présente un tableau clinique typique avec de multiples plaintes, de sorte que, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain de la recourante doit en principe être reconnue. Toutefois, faute de rapport médical, respectivement d'expertise d'un orthopédiste ou d'un rhumatologue et d'un neuropsychologue se prononçant sur ledit lien de causalité naturelle, il n'est pas établi si en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, les plaintes de la recourante sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme cranio-cérébral. Force est de constater que l'intimée n'a procédé à aucune instruction ni sur la question de savoir si les Drs F_____ et H_____ reprennent dans leur anamnèse les dires de la recourante ou les constatations d'un autre médecin, respectivement si la date d'apparition des douleurs cervicales est confirmée par témoins, ni sur les atteintes orthopédiques/rhumatologiques et neuropsychologiques en lien de causalité avec l'accident. Par conséquent, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer si les douleurs dans la nuque et les épaules sont apparues dans les 72 heures suivant l'accident, respectivement s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'accident et le traumatisme du rachis cervical sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. Aussi, pour ce premier motif, il y a lieu d'annuler la décision du 5 octobre 2015. 10. S'agissant du lien de causalité naturelle entre l'accident du 4 octobre 2013 et le traumatisme cervical,

respectivement cranio-cérébral, l'intimée a retenu un retour au statu quo sine dès le 1^{er} avril 2014 au vu des conclusions des experts O _____ et P _____.!endif]>![if> Dans son rapport d'expertise du 26 février 2015, le Dr O _____ fait état d'une IRM cervico-dorsale du 22 octobre 2013 normale. Il diagnostique un traumatisme cervical indirect de degré II selon la QTF dont le statu quo sine a été atteint six mois après l'accident. Il fait état d'une évolution défavorable dans le cadre d'un contexte psychologique et professionnel défavorable avec actuellement un syndrome douloureux sans substrat somatique objectivable caractérisé par des douleurs insertionnelles diffuses de la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs, sans lien avec l'accident. Le Dr O _____ ne motive pas ses conclusions quant à l'atteinte d'un statu quo sine six mois après l'accident. En effet, il se borne à conclure à une telle atteinte six mois après l'accident sans développer et démontrer pourquoi il arrive à cette conclusion ce d'autant plus que dans le rapport bio-mécanique de l'AGU du 10 décembre 2014 établi deux mois auparavant, les experts concluent que les données cliniques et les douleurs du rachis cervical sont explicables avec les effets de la collision. Par conséquent, en tant qu'il ne comporte aucune réelle motivation sur l'atteinte du statu quo sine six mois après l'accident, le rapport du Dr O _____ n'a pas de valeur probante. Pour sa part, dans son rapport d'expertise du 4 juin 2015, le Dr P _____ diagnostique sans répercussion sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission ou subclinique ainsi qu'un trouble douloureux associé à un facteur psychologique et une affection médicale générale chronique. Il motive le diagnostic dudit trouble douloureux par le fait qu'une composante psychologique semble jouer un rôle aussi important dans la perception et la chronicisation subjective de la douleur. Il précise que ce diagnostic est posé lorsque les facteurs psychologiques concomitants ne sont pas au premier plan. Il considère que le statu quo sine a été atteint le 1^{er} avril 2014 au plus tard. Examinant la capacité de travail de la recourante en relation avec le trouble somatoforme douloureux et se référant aux critères de Foerster, il conclut à une capacité de travail pleine et entière sans baisse de rendement. Il relève que l'accident a provoqué un choc émotionnel initial qui a cessé de déployer ses effets après six mois, soit au 1^{er} avril 2014 par analogie au trouble de l'adaptation. La motivation du Dr P _____ pour limiter l'incapacité de travail au 31 mars 2014 s'agissant du trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission ou subclinique est incompréhensible dès lors qu'il considère comme « peu probable qu'après six mois par analogie au trouble de l'adaptation cette symptomatologie fût véritablement incapacitante ». En effet, son explication consiste à se référer par analogie au trouble de l'adaptation pour expliquer la limitation de l'effet incapacitant dudit trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission ou subclinique. En outre, le rapport d'expertise du Dr P _____ est confus et contradictoire s'agissant du lien de causalité naturelle. En effet, il mélange les questions de capacité de travail médico-théorique et de lien de causalité. Ainsi, bien qu'il ne retienne pas un diagnostic d'état de stress post-traumatique au motif que son examen clinique conforté par les tests psychométriques permet d'attester l'absence de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, il explique lors de l'analyse de la causalité naturelle que dans l'état de stress post-traumatique s'intriquent trois éléments, à savoir l'accident, l'état antérieur et les facteurs intercurrents. Il en conclut que la capacité de travail médico-théorique de la recourante doit être considérée comme entière s'agissant du trouble somatoforme douloureux dès le 1^{er} avril 2014. Puis, dans ses réponses aux questions de l'intimée concernant l'évolution de la causalité naturelle depuis 2013, il considère que les troubles psychiques toutefois très modérés ont cessé de déployer leur effet au 1^{er} avril

2014. Il précise que rien n'indique que la recourante ait présenté une symptomatologie dépressive après le 1^{er} avril 2014 ou d'autres troubles psychiques incapacitants au vu des éléments médicaux en sa possession, Or, sa motivation fait fi du trouble douloureux qui n'est en rien modéré puisque selon la recourante, les douleurs sont de 8 sur une échelle de 10 (cf. rapport du Dr S_____ du 19 août 2015). De plus, cette appréciation est en contradiction avec la psychothérapie hebdomadaire que la recourante a suivie jusqu'au 1^{er} trimestre 2015 qui, selon le rapport de la psychologue du 15 novembre 2014, a pour but de lui permettre de se sentir moins angoissée du fait de son accident. Au vu de cette précision, ce traitement est vraisemblablement en lien avec l'accident et non pas avec son licenciement comme l'indique l'expert. Par ailleurs, l'expert a examiné l'effet incapacitant du trouble douloureux en se référant aux critères développés à l'ATF 130 V 352 . Or, dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) applicable également à l'assurance-accidents (ATF 141 V 574), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. En l'occurrence, l'expertise du Dr P_____ ne contient pas suffisamment de développements pour trancher le cas à la lumière des nouveaux indicateurs. Notamment, elle n'évalue par les ressources personnelles de la recourante au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie et n'examine pas la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Au vu de ces contradictions et lacunes, le rapport d'expertise du Dr P_____ n'a pas de valeur probante.

11. 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 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 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) ou lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).!> b) En l'espèce, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux probants pour statuer sur l'atteinte du statu quo sine dès le 1^{er} avril 2014 s'agissant de l'entorse cervicale et du traumatisme-crânien. Il en va de même s'agissant de l'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin », respectivement du lien de causalité naturelle entre ledit traumatisme sans déficit organique et l'accident. À relever que selon la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 9.4 et 9.5), il incombe à l'assureur-accidents dans un délai d'environ six mois environ après le début des plaintes de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les domaines neurologique, orthopédique, psychiatrique et au besoin neuropsychologique. Or, dans le cas de la recourante, l'intimée n'a jamais requis une expertise pluridisciplinaire dans un délai d'environ six mois, mais des expertises séparées dans les domaines neurologique et psychiatrique quinze mois après l'accident, sans que les experts n'aient été invités à se concerter et à rendre des conclusions consensuelles. Par conséquent, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier si la recourante présente des troubles non objectivables, s'ils doivent être considérés comme faisant partie du tableau clinique typique d'un traumatisme du type « coup du lapin », dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique. Or, de la réponse à ces questions dépend le point de savoir quels critères déterminants le juge doit appliquer pour se prononcer sur la causalité adéquate. En outre, il ressort des rapports du Dr S_____ du 19 août 2015 et du Dr Q_____ du 19 mai 2015 que la recourante souffre d'une fibromyalgie qui, selon ce dernier, est en lien de causalité naturelle avec l'accident. De plus, elle présente une importante tension psychique confirmant l'impact psychologique important de la pathologie et il y a lieu de réévaluer la possibilité d'une mise en place d'antidépresseurs. Même si selon l'évaluation du Dr R_____ du 13 juillet 2015, l'accident a tout au plus révélé la fibromyalgie mais ne l'a pas provoquée, il n'en demeure pas moins que dans un tel cas, il appartient à l'assureur-accidents d'examiner dans quelle mesure l'état malade est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident. En effet, une causalité partielle entre l'accident et les atteintes à la santé est suffisante pour admettre un lien de causalité naturelle et en présence d'une décompensation d'un état antérieur, le lien de causalité ne cesse que si le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Par conséquent, l'intimée n'a pas instruit correctement le dossier de la recourante, de sorte qu'il convient de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire. Elle devra tout d'abord instruire la question de savoir si les douleurs dans la nuque et les épaules sont apparues dans les 72 heures suivant l'accident, puis mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée à des spécialistes en neurologie, psychiatrie, neuropsychologie et rhumatologie au vu du diagnostic de fibromyalgie, à charge pour les experts de se prononcer sur la question du lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par la recourante au-delà du 26 juin 2015 et l'accident du 4 octobre 2013, respectivement sur les questions de la date à partir de laquelle le tableau clinique n'est vraisemblablement plus la conséquence d'un traumatisme par accélération cervicale, du statu quo sine ainsi que de l'incapacité de travail et de gain de la recourante. Après quoi, elle devra réexaminer le droit aux prestations de celle-ci par une nouvelle décision. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis au sens des considérants et la décision de l'intimée du 5 octobre 2015 sera annulée.!> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a 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.