

GE_GERICHTE A/4062/2023 vom 27. November 2024

GE Cour de justice, 2024-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4062_2023

FR: GE_GERICHTE A/4062/2023 du 27 novembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/4062/2023 del 27 novembre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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.

E. 1.2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de mettre un terme à ses prestations, en lien avec l'évènement du 11 septembre 2021, dès le 24 octobre 2021.

E. 3.1

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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). 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'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 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 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA). 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références). Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). Eu égard à l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références). Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement

asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral U 60/02 du 18 septembre 2002).

E. 3.2

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 LPG), 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des

constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf . ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 3.3

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf . 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). 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. 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 d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf . ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). Á cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf . ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 4

En l'espèce, l'intimé s'est fondé exclusivement sur l'avis du 24 février 2023 de son médecin-conseil, le Dr J_____, pour rendre la décision querellée mettant un terme à ses prestations à partir du 24 octobre 2021. La recourante critique le fait que l'intimé se soit fondé sur l'avis de son médecin-conseil – qu'elle considère comme bref et lacunaire – pour rendre la décision litigieuse, sans avoir instruit davantage. Elle relève que cet avis intervient presque un an et demi après l'accident alors que l'intimé avait connaissance depuis le départ de son état de santé et ne s'était pas opposé à la prise en charge de son intervention chirurgicale. Elle explique qu'avant son accident, elle n'avait jamais souffert de telles douleurs, lesquelles sont apparues immédiatement à la suite de la chute. Elle fait valoir que contrairement à ce que prétend le médecin-conseil, elle n'a pas eu qu'une simple contusion à la tête, puisqu'elle a dû prendre des médicaments de type Tramadol et Prégabaline. En l'occurrence, le Dr J_____ estime que la région corporelle affectée par l'accident était déjà altérée, au degré de la vraisemblance prépondérante, avant l'accident de manière asymptomatique et que le statu quo sine a été atteint six semaines après l'évènement. Il considère que dès lors que le scanner cérébro-cervical du 12 septembre 2021, soit un jour après l'accident, ne montre aucune anomalie, l'évènement du 11 septembre 2021 n'a pas causé de lésions structurelles au cerveau, ni à la colonne cervicale. Il relève que les picotements et sensations d'engourdissement au niveau du membre supérieur du côté gauche sont apparus en novembre 2021 donc des semaines après l'évènement, que la neurographie du 10 décembre 2021 est sans particularité et que l'IRM du 22 décembre 2021 montre une hernie discale C5-C6 gauche. Dans ce contexte, il explique qu'une hernie discale due à un accident provoquerait immédiatement de grandes douleurs, ce qui, selon lui, n'a pas été le cas de la recourante et qu'il n'y a donc pas eu de séquelles objectives de l'évènement. La position de ce médecin est critiquable à plusieurs égards. Force est d'abord de constater que, en plus d'être particulièrement succinct, l'avis du médecin-conseil est peu convaincant. En outre, contrairement à ce que retient le médecin-conseil, plusieurs éléments au dossier indiquent que la recourante a présenté très rapidement, à la suite de son accident, d'importantes douleurs. D'une part, plusieurs rapports médicaux indiquent qu'elle bénéficiait d'un traitement antidouleurs, avec l'introduction, rapidement, d'une médication du type Tramal. D'autre part, il ressort clairement de l'échange de courriels, datés des 25, 27 et 30 septembre 2021, entre la Dre C_____ et le physiothérapeute de la recourante, que celle-ci souffrait de douleurs très importantes. En effet, dans son premier courriel du 25 septembre 2021 à la Dre C_____, le physiothérapeute a indiqué suivre la recourante depuis le 16 septembre 2021, à la suite de son accident, et fait état d'une entorse cervicale, avec douleurs d'une intensité de 9 sur 10 au niveau cervical, de l'occiput, des muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien, ainsi que de douleurs moins intenses sous les clavicules et sur le haut des grilles costales. Il a précisé que lors des trois premières séances, la recourante ne pouvait faire aucun mouvement actif de la colonne cervicale et ne bougeait qu'un peu la ceinture scapulaire, de sorte qu'il n'avait pu faire que quelques très légères tractions de la tête en position couchée et un travail sur des points réflexes sur le crâne. Il a ajouté qu'au jour du courriel (le 25 septembre 2021), la recourante effectuait une légère rotation de 5 à 10 degrés sur la droite et une rotation quasi nulle à gauche. Même un travail des yeux sur la gauche lui procurait des vertiges, et elle ressentait une forte douleur continue dans la région inférieure de l'occiput et au regard des trois premières vertèbres, étant précisé que tout contact cutané à ce niveau lui était insupportable. Dans sa réponse du 27 septembre 2021, la Dre C_____ a écrit que lorsqu'elle avait vu la recourante, il était impossible de préciser l'endroit le plus douloureux, tout étant contracturé et douloureux au niveau de la colonne

cervicale et du reste de la colonne, mais que les urgences avaient décrit une douleur entre C2 et C4. Aussi, l'argumentation du médecin-conseil consistant à dire que l'accident n'avait pas provoqué immédiatement de grandes douleurs à la recourante, de sorte qu'il ne pouvait pas avoir provoqué la hernie discale, prête le flanc à la critique. Par ailleurs, il ne se prononce pas sur l'éventualité que la hernie discale ait pu être décompensée et aggravée par l'accident. Enfin, le médecin-conseil, qui n'a jamais examiné la recourante, n'argumente pas son estimation de la durée de la déstabilisation de l'état antérieur qu'il fixe à six semaines. Or, il sied de rappeler le principe selon lequel la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). Force est donc de constater, sur la base de ces éléments déjà, que le rapport du Dr J_____ n'est pas probant. Par surabondance, on relèvera que les médecins traitants et spécialistes qui suivent la recourante ne partagent pas l'avis du médecin-conseil et que leurs rapports sont détaillés et bien motivés. En effet, selon la Dre C_____, l'état somatique de la recourante – soit un traumatisme cranio-cervical, une hernie discale post-traumatique C5-C6 médiane et para-médiane gauche, avec empreinte médullaire et conflit possible avec les racines C6 et C7 gauches, des douleurs neurogènes orbitaires gauches et temporales droites – était la conséquence certaine de l'accident du 11 septembre 2021. Ce médecin souligne, en outre, que la médecin radiologue ayant interprété les divers examens radiologiques avait indiqué qu'étant donné l'absence de discopathie aux autres niveaux cervicaux, la volumineuse hernie était très probablement post-traumatique. La Dre C_____ relève également qu'à l'origine des découvertes radiologiques et des symptômes décrits, il y a l'accident en question et qu'à sa connaissance, il n'y a pas d'autre facteur pouvant avoir joué un rôle ou jouant un rôle dans cet accident et ses conséquences (cf . rapport du 25 mai 2023). Le Dr E_____, dans son rapport détaillé du 19 juin 2023, rapporte que la recourante a chuté en arrière depuis une balançoire, avec perte de connaissance, et présenté par la suite des douleurs cervicales ainsi que des céphalées, qu'il a vu la recourante pour la première fois en novembre 2021, qu'à ce moment-là, elle décrivait des céphalées localisées dans la région orbitaire gauche et dans la région temporale droite et que ces douleurs étaient apparues dans les suites de l'accident. Le neurologue retient que la recourante a ainsi eu un traumatisme crânien cervical à la suite de la chute et indique que le bilan pratiqué a révélé la présence d'une hernie cervicale C6-C7 à prédominance gauche. Il estime que l'état somatique de la recourante est la conséquence certaine à 100% de l'accident. Il relève que la recourante ne présentait ni douleur cervicale, ni douleurs dans les régions orbitaire gauche et temporale droite avant l'accident, qu'il est possible qu'une petite protrusion ait été déjà présente avant la chute toutefois, comme il est classique de l'observer, mais que le trauma cervical a très certainement aggravé et transformé la protrusion en une hernie. À sa connaissance, il n'y a pas d'autre facteur à cet accident qui ait joué un rôle. Il explique que l'évolution a été compliquée, avec des cervico-brachialgies et l'apparition d'une faiblesse du membre supérieur gauche nécessitant en fin de compte une opération au niveau de la hernie cervicale et que la recourante, qui a été revue par la suite, présente encore des accès douloureux au niveau de la région temporale droite et niveau orbitaire, même si nettement moins intenses depuis l'intervention. Quant au Dr H_____, il expose son avis, lui aussi de manière détaillée et bien motivée, dans son rapport du 11 juillet 2023. Il relate d'abord, dans une anamnèse

complète, ce qui suit : la recourante a chuté en arrière d'une balançoire avec son fils et subi un impact tant frontal que postérieur ; dans un premier temps, elle a présenté des douleurs principalement frontales et postérieures au niveau du rachis cervical mais il n'y avait pas de plaintes neurologiques dans les membres supérieurs ; l'évolution étant un peu défavorable, une première IRM a été réalisée le 19 octobre 2021 et a mis en évidence une importante hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane gauche, refoulant le cordon médullaire ; un traitement conservateur a d'abord été proposé, mais à partir du mois de novembre 2021 la recourante a ressenti un engourdissement du membre supérieur gauche et quelques douleurs autour du moignon de l'épaule, en plus de la symptomatologie du massif facial (arcade sourcilière gauche et région aurico-temporale droite) ; elle a alors été examinée par le Dr E_____, lequel n'a pas pu expliquer la symptomatologie au niveau de la face par la hernie discale C5-C6 et a introduit un traitement de Prégabaline ; par la suite, la recourante a été examinée par le Dr F_____ avec un bilan neurologique et électroneuromyographique qui n'a pas mis en évidence de lésion particulière ; l'évolution dans le courant du mois de décembre 2021 a été marquée par l'apparition de décharges électriques dans le membre supérieur gauche, en plus de l'engourdissement, puis dans le membre supérieur droit, ainsi qu'au niveau des membres inférieurs ; les décharges qu'elle décrivait on pu être apparentées à un signe de Lhermitte ; un traitement de cortisone pendant la période de Noël-nouvel an a permis de faire disparaître les décharges dans les membres inférieurs et d'améliorer un peu celles des membres supérieurs ; une nouvelle IRM effectuée le 22 décembre 2021 a permis de retrouver la hernie discale C5-C6 qui était quasi inchangée mais pas de signe de myélopathie ; l'évolution défavorable, avec l'apparition de signes irritatifs médullaires, a posé l'indication à une prise en charge chirurgicale, laquelle est intervenue le 2 mai 2022. Le Dr H_____ indique ensuite avoir retenu les diagnostics de hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane gauche avec signe d'irritation médullaire et céphalées résiduelles prises en charge par le service de neurologie. Selon lui, l'état somatique de la recourante est probablement dû à l'accident, étant précisé que l'intéressée est sans antécédent, a fait une chute avec un mécanisme de flexion extension de type coup du lapin et que par la suite des problèmes mécaniques cervicaux ainsi que neurologiques sont apparus. Il relève que sur l'IRM du 19 octobre 2021, figure une hernie discale C5-C6, pas d'autre lésion dégénérative de ce segment, pas d'irrégularité de l'os sous-chondral ou de réaction inflammatoire osseuse qui aurait pu traduire une lésion préexistante et les autres segments sont également libres de toute lésion. Ce médecin estime qu'il est difficile d'exclure la possibilité qu'une hernie ait déjà été présente avant la chute, mais auquel cas, il serait étonnant qu'elle soit aussi importante que cela et tout à fait indolore. Par conséquent, il considère qu'il s'agit d'une aggravation traumatique avec augmentation de la taille de la hernie discale et que si la recourante présentait une telle hernie discale avant l'accident, ce traumatisme aurait été la source immédiate de lésions neurologiques sévères, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Il ajoute qu'aucun autre facteur que cet accident n'a joué un rôle, que sur le plan cervical, médullaire et radiculaire, l'évolution est actuellement satisfaisante (lors du dernier contrôle du 20 juin 2023) mais qu'un contrôle radiologique n'a cependant pas pu être effectué car la recourante est enceinte et un contrôle radiologique de fin de traitement est prévu dans le courant de l'automne, soit à deux ans post-traumatique. En revanche, il indique que des céphalées persistantes sont toujours présentes et prises en charge par le Dr E_____. En l'occurrence, bien que les médecins exposent de manière détaillée et plutôt bien motivée leurs positions respectives, ils n'indiquent pas tout à fait la même chose, notamment en ce qui concerne la causalité de la hernie discale ou encore la stabilisation du cas de la

recourante, de sorte que leurs rapports ne suffisent pas à déterminer le moment du statu quo sine vel ante . Compte tenu de ce qui précède, l'intimé n'était pas fondée à mettre un terme à ses prestations sur la base de l'avis du Dr J_____, qui était insuffisant pour démontrer que l'accident ne déployait plus d'effets au 24 octobre 2021 et qui est contredit par les rapports des médecins traitants et spécialistes ayant suivi la recourante. Dans ces conditions, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, afin qu'il procède à des investigations supplémentaires. Dans ce cadre, il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant, au sens de l'art. 44 LPGA, avant de statuer une nouvelle fois sur le droit aux prestations après le 24 octobre 2021.

E. 5

Partant, le recours est partiellement admis. La décision litigieuse est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Étant donné que la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). **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.