

GE_GERICHTE A/926/2014 vom 15. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_926_2014

FR: GE_GERICHTE A/926/2014 du 15 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/926/2014 del 15 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

A la demande de la clinique CORELA, elle avait fait parvenir une copie de son rapport. Sauf erreur, les conclusions de son bilan ne figuraient pas dans les pièces du dossier neurologique (pages 8 à 10), alors que par la suite, les experts le mentionnaient. Il était difficile de savoir à quoi les experts faisaient référence.

E. 2

Les trois experts qui avaient vu M. A_____ étaient un neurologue, un chirurgien orthopédique et une oto-rhino-laryngologue. La Dresse W_____ se demandait comment ils pouvaient juger d'un test neuropsychologique, n'étant pas eux-mêmes des spécialistes dans ce domaine.

E. 3

En page 76 du rapport, il était fait mention que les plaintes de la fatigue persistante n'étaient pas en lien avec les accidents survenus. Il paraissait étonnant à la Dresse W_____ de pouvoir avancer cela avec autant de certitude, alors que toute la littérature sur le sujet montrait que la fatigue était notamment l'une des séquelles qui perturbait le plus longtemps, après un TCC, même léger, soit encore à six mois pour 34% des patients, selon une étude dont les références étaient citées.

E. 4

Les experts avaient retenu que seul le cas du TCC de décembre 2012 avait été validé et que dès lors on ne pouvait pas tenir compte des précédents chocs, comme la Dresse W_____ l'avait fait dans ses conclusions. Un nombre important de TCC léger et de commotions cérébrales ne sont pas diagnostiqués, très souvent car les patients eux-mêmes ne consultent pas. De plus en 2010, M. A_____ avait été recousu pour une plaie à la tête montrant tout de même la présence d'un impact. De ce fait, il avait été prouvé, notamment chez les sportifs, les effets néfastes d'un second impact sur le cerveau fragilisé, provoquant notamment des séquelles plus graves sur un choc secondaire même léger.

E. 5

Sur la base des données normales au CT-Scan, les experts concluaient qu'il n'y avait pas de séquelles neurologiques et cognitives et que le cas neurologique était réglé le 24 janvier 2013 (date du scanner). A nouveau, ces conclusions étaient en désaccord avec ce qui était connu de la littérature à savoir que les atteintes cérébrales n'étaient pas forcément visibles à la neuroimagerie classique. Une étude avait montré que 75% des patients avaient une IRM et un scanner normal, alors qu'une neuroimagerie dynamique (PET et SPECT) mettait en évidence des troubles. Compte tenu de ce qui précédait, elle confirmait son rapport du 23 mai 2013. Il existait dans le cas de TCC légers des complications tardives dites classiques et

M. A_____ en présentait tous les symptômes. La prise en charge qui avait été en son temps mise en place était tout à fait adéquate. Il avait été prévu que M. A_____ reprenne à 25% son emploi en juin 2013, avec une reprise progressive de son taux de travail, avec un suivi neuropsychologique et psychologique pour favoriser ce retour. Cette expertise et notamment son contenu avaient mis M. A_____ dans une situation émotive supplémentaire, émotions sans lesquelles il serait probablement aujourd'hui, du mois du point de vue cognitif, capable d'assumer son emploi à 100%. d. un rapport de la Dresse N_____ du 7 juin 2013, dans lequel elle fait mention « d'épisodes confusionnels anamnestiques, mais qui pourraient correspondre à une aura migraineuse, voire épileptique le patient a bénéficié d'un EEG. Celui-ci a montré une activité de base correcte (alpha à 9HZ), une électrogénèse réactive et l'absence de focalisation lente et/ou de grapho-éléments épileptiformes. Par contre, j'ai mis en évidence un photo-entraînement bilatéral à la stimulation lumineuse, cette dernière fréquemment vue chez les patients migraineux. M. A_____ n'a jamais souffert de migraine avant les TCC : le photo-entraînement plaide pour l'apparition d'une migraine suite au TCC, étant donné que le patient ne souffrait pas de migraines auparavant et dans son cas, il s'agit très certainement d'une migraine avec aura confusionnelle. Cela s'ajoute donc aux déjà lourdes conséquences des différents TCC et doit être sérieusement pris en compte, étant donné que les aura migraineuses se traitent avec difficulté et que un état confusionnel, même si de la durée maximale de 20 minutes, peut causer des dommages à la personne même et à autrui ». e. un rapport de la Dresse N_____ du 8 juillet 2013, rappelant son diagnostic S/P3TCC deux fois avec altération VS perte de connaissance (avril 2010, février 2012, mai 2012), comorbidités : syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. Le praticien a relevé que le patient se plaignait d'une sensation de confusion, surtout matinée, de durée très aléatoire, qu'il n'arrivait pas à mieux décrire, ainsi que de troubles de l'équilibre (sensation de tangage) qui fluctuaient durant la journée. Le médecin notait aussi une fatigabilité mentale et physique qui se péjorait avec le temps. L'examen neurologique, par rapport aux fonctions cognitives, mettait en évidence des discrets troubles de la mémoire épisodique et des troubles exécutifs. L'examen neurologique somatique était quant à lui normal, si ce n'était un Weber latéralisé à droite et un Unterberger avec déviation vers la gauche. Elle avait demandé une angio-IRM cérébrale qui n'avait pas montré d'anomalie, notamment au niveau de la fosse postérieure, raison pour laquelle elle n'avait pas de claires explications neurologiques aux plaintes de ce patient. Elle avait conclu à un syndrome post-traumatique suite aux différents TCC, mais en revoyant le patient, celui-ci lui a indiqué aller de pire en pire, surtout en ce qui concernait la fatigabilité. Elle avait pratiqué un ENMG qui n'avait pas apporté d'éléments pertinents. Elle demandait au service de neurologique des HUG de réévaluer le patient. f. un rapport de la Dresse N_____ du 23 septembre 2013 ; les diagnostics retenus consistaient en S/P3TCC, deux fois avec altération VS perte de connaissance ; migraine avec aura confusionnelle ; claustrophobie. Le patient gardait toujours des symptômes assez typiques : fatigue, ralentissement psychomoteur et trouble de la concentration et disait avoir été encore victime, à plusieurs reprises, d'épisodes confusionnels, suivis d'une céphalée d'allure migraineuse de faible intensité. Il s'agissait d'un diagnostic clinique pour lequel il n'y avait pas d'examen qui puisse objectiver. Le déroulement des symptômes était hautement suggestif et il n'était pas rare que ce type de migraines soit déclenché par un TCC mineur. Le praticien insistait sur le fait que même si le patient ne souffrait pas d'une maladie mise en évidence avec des tests objectifs, le fait qu'il ait des épisodes de confusion pouvait mettre en danger le patient, voire autrui. Le travail avec des personnes déjà fragilisées

n'était donc pas indiqué. La claustrophobie était nouvelle. La Dresse N_____ n'entendait pas s'exprimer à ce propos, mais celle-là devait être évaluée par un psychiatre, le patient disant avoir des attaques d'angoisses dans l'ascenseur, ce qui n'aidait pas non plus, dans l'hypothèse où le patient devait reprendre son activité professionnelle. g. une attestation de M. V_____, mentionnant qu'après une amélioration transitoire, le patient était toujours perturbé par les exercices de rééducation vestibulaire. Les douleurs articulaires avaient disparu. L'état de confusion dont le patient parlait pouvaient-ils être attribués à son instabilité, à ses pertes de mémoire ? Le physiothérapeute constatait que le patient avait été pris en charge par ses soins pour deux séries de séances (du 8 mars au 3 mai 2013, puis du 17 mai au 4 octobre 2013). La rééducation avait été très douce. Le fauteuil rotatoire était toujours très difficile à supporter. Les marches avec rotations rapides, fermer les yeux et faire des exercices devant le mur étaient très difficiles. Après ses vacances, le patient avait l'impression d'avoir régressé. Il ressortait du bilan actuel que le Romberg était un peu instable, l'Unterberger se faisait avec une déviation droite de 20°. Le patient ne frappait plus le sol de ses pieds, la marche aveugle était impossible en arrière. Ses douleurs avaient disparu. h. Un rapport de la consultation du 9 octobre 2013 du Dr K_____, selon lequel le patient présentait les mêmes symptômes, c'est-à-dire des vertiges atypiques, avec troubles de l'équilibre. Il n'y avait pas d'autres signes d'appel autologiques. L'examen vestibulaire clinique montrait toujours un Romberg normal et une épreuve d'Unterberger sans particularité. La vestibulo-lystagnographie objectivait un nystagmus spontané et positionnel, surtout la tête en arrière. Les épreuves caloriques montraient une hypo-vestibulie prédominante à gauche. Le spécialiste ORL en concluait que le patient présentait actuellement une persistance des troubles de l'équilibre, avec une diminution de la fonction vestibulaire bilatérale prédominante à gauche. La rééducation vestibulaire devait être poursuivie. 34. Dans sa réponse au fond du 25 avril 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. [endif]>![if> Les noms des experts avaient été communiqués avant l'examen, à l'instar du questionnaire médical. Référence était faite au jugement U 111/06 dans lequel le Tribunal fédéral avait nié une violation de l'art. 44 LPGA dans le cas d'un assuré auquel le nom d'un expert n'avait pas été préalablement communiqué par écrit. Pour le Tribunal fédéral, le fait que l'assuré se soit soumis à l'examen impliquait qu'un contact avait préalablement eu lieu entre assuré et expert. Même en admettant une violation des droits du recourant, cette violation ne saurait être considérée comme grave au point de nier toute force probante au rapport d'expertise. Aucun des rapports médicaux ne se prononçait sur le lien de causalité avec les accidents. Il était à relever que la Dresse N_____ faisait état d'une dégradation subjective dans son rapport du 8 juillet 2013 et qu'elle rapportait que l'ENMG pratiqué n'avait pas apporté d'éléments pertinents. Les experts relevaient que sur le plan somatique, rien ne pouvait être objectivé. Aucun diagnostic n'expliquait les plaintes. L'examen clinique avait été marqué par une tendance à la majoration des symptômes, évoquant soit une simulation, soit un trouble psychologique sous-jacent. 35. Invité à répliquer, le recourant a persisté dans ses conclusions. [endif]>![if> 36. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. [endif]>![if> 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). [endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi

établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 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.

4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles actuels sont en lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2012 et, préalablement, si l'intimé a violé le droit d'être entendu de la recourante lors de la mise en œuvre de l'expertise.

5. Par un moyen de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]) lors de la mise sur pied de l'expertise. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références). En vertu de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

6. A l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est

notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA; RS 172.021) laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4) et dans le domaine de l'assurance-accidents, étant précisé que la personne assurée bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

7. L'Office fédéral des assurances sociales a édité des dispositions d'exécution de cette nouvelle pratique aux pages 41 ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI).

Le mandat d'expertise et la convocation à l'expertise médicale sont communiqués sans indication des voies de recours. La communication indique le type d'expertise (monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire) et les disciplines médicales prévues. Il faut y joindre la liste de questions

et mentionner la possibilité pour l'assuré de remettre à l'office AI, par écrit, des questions supplémentaires. Pour les expertises monodisciplinaires ou bidisciplinaires, il faut indiquer le nom et le titre médical professionnel de la personne ou des personnes chargées de l'expertise. Un délai de dix jours est accordé à l'assuré pour formuler des objections contre l'expertise et les disciplines médicales prévues et remettre des questions supplémentaires. Ce délai peut être prolongé sur demande écrite et motivée. La personne assurée peut aussi soulever des objections de nature formelle ou matérielle (notamment les suivantes si l'expert a un intérêt personnel dans l'affaire; s'il est parent ou allié en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale, d'une partie ou encore lié avec elle par mariage, fiançailles ou adoption; si l'expert est impliqué dans l'affaire pour d'autres raisons; s'il ne possède pas les compétences professionnelles nécessaires; s'il faut demander une expertise dans une autre spécialité; si les faits sont suffisamment éclaircis, si bien qu'une autre expertise est superflue). L'Office AI doit examiner les objections soulevées (cf. CPAI, p. 43 et p. 45 n° 2081 ss). 8. Enfin, la Cour de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'assureur, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Dans ce dernier arrêt, la Cour de céans a également précisé que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré peut émettre des contre-propositions. 9. Dans un arrêt récent (ATAS/598/2014 du 8 mars 2014), rendu en application de l'art. 133 al. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05), la chambre de céans a considéré que le droit d'être entendu d'une assurée avait été violé, l'assurance n'ayant transmis les informations (nom de l'établissement chargé de l'expertise médicale, les questions soumises à l'expert avec un délai pour faire part de ses éventuelles remarques, délai que la recourante n'avait pas utilisé. Puis, un mois avant l'expertise, le nom des experts et la date des examens, sans que la patiente ne formule de remarques) qu'à la recourante alors qu'elle était représentée par un mandataire, avec élection de domicile. En privant la recourante de ses droits de participation à l'établissement d'une expertise déterminante pour statuer sur son droit aux prestations, la violation du droit d'être entendu ne pouvait pas être réparée. L'assurance avait privé le conseil de la recourante de la faculté de connaître les questions posées à l'expert et de formuler ses propres questions vidant ainsi de leur substance les nouvelles exigences procédurales qui visent à renforcer le caractère équitable de la procédure administrative. De plus, en ne communiquant pas les noms des experts au conseil de la recourante, il avait également empêché celui-ci de se prononcer sur le choix des experts et d'émettre des contre-propositions; partant il avait violé son obligation de tendre à mettre en œuvre une expertise consensuelle. Comme le vice ne pouvait être réparé à ce stade de la procédure, l'expertise ne pouvait pas être considérée comme un moyen de preuve approprié et les décisions fondées sur celle-ci devaient être annulées. La mise en œuvre de l'expertise devait être reprise « ab initio » afin que les experts soient choisis après discussions entre les parties. 9. 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 prépondérant. 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).!

10. En l'espèce, la convocation de l'assuré comprenait clairement les noms et les spécialités des médecins. La lettre de la clinique précisait en outre que l'assuré pouvait demander le changement d'expert s'il le souhaitait, ce qu'il n'a pas demandé. La lettre adressée par l'assureur au patient comprenait, en annexe, les questions que la ZURICH ASSURANCES SA entendait poser à l'expert. La correspondance comprenait explicitement la mention selon laquelle l'expertisé pouvait, s'il le souhaitait, poser des questions complémentaires. Il avait pour seule obligation d'en informer l'assurance afin qu'elle puisse les ajouter sur le formulaire adressé à la clinique. L'assuré n'a pas souhaité formuler d'autres questions. A aucun moment l'assuré n'a réagi dans le processus de mise en œuvre de l'expertise alors que les correspondances tant de la clinique CORELA que de l'assureur avaient attiré son attention sur la possibilité qui lui était donnée de participer. Dans ces conditions il ne peut pas être retenu que le droit d'être entendu de l'assuré ait été violé. Le grief de violation du droit d'être entendu est infondé.

11. Les conclusions du recourant tendant à considérer que le rapport de la clinique CORELA ne remplit pas les conditions de l'expertise compte tenu des violations des droits de M. A _____ lors de sa mise en œuvre ne sont, pour les mêmes motifs, pas fondées.!

12. Reste à analyser la force probante de l'expertise, remise en cause par le recourant au vu des certificats médicaux qu'il a produits. a)

13. 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007).

b) 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 et la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être

mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). 14. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, 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. La jurisprudence a souligné à cet égard que 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 serait survenu tôt ou tard 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 a été causé ou aggravé par l'accident (ATFA non publié du 14 février 2006, U 351/04 et les références). 15. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), 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 264 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 (ATFA non publiés du 30 novembre 2004, U 222/04; du 14 octobre 2004, U 66/04; du 4 octobre 2004, U 159/04 et du 20 décembre 2005, U/359/04). 16. a) 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). 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 125 V 351 consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la

manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). 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).

17. 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).!

18. 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).!

19. En l'espèce, la clinique CORELA a procédé, à la demande de l'intimée, à une expertise pluridisciplinaire. Chacun des trois experts a rencontré l'assuré. Les experts avaient à leur disposition un dossier complet, qui comprenait, en sus du dossier de l'accident du 8 décembre 2012, les rapports médicaux relatifs aux accidents antérieurs, ce qui a permis aux experts d'avoir une vision globale de la situation médicale du patient. !

Le contenu de tous les rapports médicaux est dûment cité dans l'expertise et n'a pas été contesté par le recourant. Par contre, les rapports des Drs N_____ (14 mars 2013), O_____ (24 avril 2013), W_____ (23 mai 2013) ne sont pas mentionnés comme faisant partie du dossier. Il apparaît toutefois à la lecture de l'expertise que les experts étaient en possession de ces rapports, qu'ils citent en détails et discutent. Cette informalité de l'expertise est sans conséquence. Le recourant critique l'apparente contradiction des conclusions des experts entre les dates de reprise de travail. Or, ceux-ci concluent à une totale capacité de travail dès le 8 avril 2013, soit quatre mois après l'accident. Le rapport explique que les experts ont retenu la date du 22 mai 2013 au titre de statu quo ante, n'étant

pas en mesure de prouver avant celle-ci l'absence de pathologie. Ils retiennent qu'à compter de cette date, le patient était apte à travailler dès lors que même dans l'hypothèse où la pathologie existait, elle n'empêchait plus, à compter du 8 avril 2013, la pratique professionnelle, l'assuré étant apte à sentir si un vertige survenait. Les rapports des médecins-traitants sont dûment discutés. Ainsi les experts mentionnent que les troubles cognitifs relevés lors du bilan de la Dresse W_____ seraient acceptables à distance sur un traumatisme crânien de gravité moyenne, ce qui n'est pas le cas de l'expertisé. Les experts détaillent la classification du MTBI. Même si la Dresse W_____ a précisé dans son rapport du 14 octobre 2013 que dans les cas de TCC légers des complications tardives dites classiques pouvaient exister, elle a fait référence aux différents TCC subis par l'assuré. Elle a indiqué qu'il n'était pas impossible que les précédents chocs aient pu fragiliser le patient sur le plan cognitif. L'état anxio-dépressif expliquait aussi probablement pour partie les difficultés. Ainsi sans nier les plaintes de l'assuré, il ne peut être retenu avec le degré de vraisemblance nécessaire au sens de la jurisprudence, que les troubles présentés par celui-ci sont en lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2012. Les rapports de la Dresse N_____ se réfèrent aussi aux différents TCC subis par l'assuré. La problématique ORL, abordée par les Dr K_____, et M. V_____, est longuement discutée dans le rapport d'expertise. Dans son rapport de consultation du 9 octobre 2013, ledit médecin n'adresse pas de critiques à l'encontre des conclusions des experts. Il ne pose pas de diagnostic et n'aborde pas la question du lien de causalité entre les symptômes relevés et l'accident du 8 décembre 2012. En conséquence, il est retenu par la chambre de céans que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude fouillée par les experts, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré, que le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales est claire et que les conclusions des experts sont bien motivées et convaincantes. Le rapport ne contient pas de contradictions. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause son bien-fondé. Pleine valeur probante doit être accordée à l'expertise effectuée par la clinique CORELA. 20. La décision litigieuse, reprenant les termes de l'expertise, est fondée. 21. Le recours doit ainsi être rejeté. 22. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a et g LPGa). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.