RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3038/2020 **ATAS/104/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GEX, FRANCE

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES SA, sise avenue Perdtemps 23, NYON intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Claudiane CORTHAY et Philippe LE GRAND ROY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée) était employée par la banque B_____ SA en qualité de réceptionniste et, à ce titre, assurée contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après : l'assureur), lorsqu'elle a été victime d'un accident de la circulation, le 18 octobre 2018 : l'assurée a chuté de son scooter après avoir tenté d'éviter une voiture qui lui avait refusé la priorité dans un rond-point. De multiples contusions sur tout le côté gauche du corps et une blessure aux lèvres en ont résulté.

b. Malgré le traumatisme, l'assurée est retournée travailler le 22 octobre 2018, mais, suite à l'apparition de cervicalgies et de vertiges, elle a été mise en arrêt de travail du 23 au 29 octobre 2018.

c. Ont été versés au dossier, notamment, les documents médicaux suivants :

- une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale pratiquée le 16 novembre 2018 n'a révélé aucune anomalie;

- un bilan orthoptique effectué le 3 décembre 2018 auprès de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, dans le cadre d'une "impression subjective atypique de l'œil gauche", constatant une "limitation dans le territoire de l'oblique inférieur droit avec hyperaction compensatrice du droit supérieur gauche plaidant en faveur d'un syndrome de Brown" et l'absence de diplopie;

- un rapport du 7 décembre 2018 du docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, concluant à un traumatisme crânien mineur avec troubles d'ordre neuropsychologique à évaluer;

- le rapport établi le 8 janvier 2019 par Madame E_____, neuropsychologue, concluant à des troubles légers de l'attention, à des troubles post-traumatiques avec maux de tête, agitation motrice, logorrhée assez marquée, distractibilité et légère fatigabilité; la praticienne indiquait qu'il était possible qu'une partie de la symptomatologie clinique et cognitive soit liée à l'accident, sans pouvoir évaluer dans quelle mesure exacte;

- un nouveau rapport rédigé le 8 avril 2019 par le Dr D_____, confirmant que, lors de l'accident, l'assurée avait subi un traumatisme crânio-cervical avec troubles d'ordre neuropsychologique, une contusion labyrinthique à gauche, ainsi que des troubles visuels de l'œil gauche;

- le 13 avril 2019, le docteur F_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a conclu à des céphalées, des myodésopsies, une impressionnante diplopie,

des phosphènes et des hallucinations visuelles, surtout au niveau de l'œil gauche;

- un avis émis le 15 avril 2019 par le médecin-conseil de l'assurance, confirmant que les cervicalgies et troubles vestibulaires devaient être mis en relation de causalité avec l'événement assuré, mais qu'il n'en allait pas de même pour les troubles du sommeil et l'hyperactivité;

- un bref avis émis le 18 octobre 2019 par le Dr F_____, selon lequel les troubles visuels étaient liés de façon certaine au traumatisme crânien;

- réinterrogé par l'assurance, son médecin-conseil a pour sa part estimé, dans un avis émis le 21 juin 2019, que si les troubles neuropsychologiques étaient d'origine mixte, les troubles oculaires, eux, n'étaient pas en rapport avec l'accident.

B. **a.** Par décision du 6 septembre 2019, l'assureur a refusé de prendre en charge les frais relatifs aux troubles oculaires, aux troubles de l'attention avec hyperactivité, aux atteintes de la hanche gauche, ainsi qu'aux troubles du sommeil, faute de lien de causalité avec l'évènement. En revanche, la prise en charge des traitements liés aux cervicalgies et au trouble vestibulaire était acceptée.

b. Le 24 septembre 2019, l'assurée s'est opposée à cette décision en faisant valoir en substance que ses troubles oculaires étaient également liés à l'accident.

A l'appui de sa position, elle produisait :

- un bref rapport de la Dresse C_____ du 23 septembre 2019, alléguant que le syndrome de Brown présenté par sa patiente était un phénomène acquis et émettant l'avis qu'il avait pu être décompensé par le traumatisme lié à l'accident;

- un rapport d'examen de Monsieur G_____, orthoptiste, du 13 mai 2019, constatant une vision binoculaire déséquilibrée avec une amplitude en convergence insuffisante et un relief altéré et préconisant une prise en charge orthoptique.

c. L'assurance a alors mis sur pied une expertise, qu'elle a confiée au docteur H_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, qui, dans son rapport du 25 novembre 2019, a constaté l'absence de lésion anatomique oculaire. S'agissant de l'atteinte du champ visuel, il a relevé que les examens réalisés par le Dr F_____ et lui-même étaient tous deux anormaux, mais divergeaient et n'évoquaient pas une atteinte de la rétine ou des voies optiques antérieures/ postérieures. Quant à l'insuffisance de convergence et à la divergence, il s'agissait d'une limitation découverte lors du deuxième examen orthoptique réalisé le 13 mai 2019, non observée lors de l'examen réalisé par la Dresse C_____ en décembre 2018.

Selon l'expert, le syndrome de Brown était très vraisemblablement congénital et non acquis. Sans prétendre exclure complètement la possibilité d'un lien de causalité, un tel lien lui paraissait peu vraisemblable, au vu des éléments à disposition.

Cependant, vu l'existence d'un certain nombre de troubles neuropsychologiques évocateurs d'un syndrome post-traumatisme crânien, il suggérait tout de même la mise en œuvre d'une évaluation complémentaire par un neurologue.

d. Une expertise a dès lors été demandée au docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, qui a rendu son rapport le 15 juin 2020.

Après examen, l'expert neurologue a estimé qu'on ne pouvait plus retenir de lien de causalité pour le moins probable entre les plaintes encore présentes et le traumatisme crânio-cérébral du 19 octobre 2018.

Le tableau clinique était compatible avec une commotion cérébrale jusqu'à la date du statu quo sine, le 19 avril 2019. Au-delà, le lien de causalité ne dépassait pas le seuil de la probabilité.

e. Par décision du 1er septembre 2020, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 6 septembre 2019.

C. **a.** Par écriture du 18 septembre 2020, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

En substance, elle argue avoir subi toute une série d'examens sur le plan oculaire, par des spécialistes et "sur avis de délégation", dont elle demande le remboursement à hauteur de CHF 1'525.95.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours, tout en se déclarant prête à prendre en charge les frais litigieux, à bien plaire, l'assurée étant domiciliée en France et ne parvenant manifestement pas à se faire rembourser par la Sécurité sociale.

c. Par écriture du 13 avril 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions en produisant un bilan orthoptique concluant à l'absence de limitation, d'insuffisance de convergence et de problèmes de poursuites ou de saccades. Selon elle, cela démontrerait que les troubles oculaires étaient bel et bien dus à son accident.

d. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 13 janvier 2022.

L'intimée a modifié la proposition contenue dans sa réponse, en ce sens qu'elle s'est déclarée prête à prendre en charge les frais litigieux de CHF 1'525.95, entraînés par la consultation de divers spécialistes en lien avec les problèmes oculaires de l'intéressée, à titre de frais d'instruction. En effet, les rapports en ayant résulté lui ont permis de prendre sa décision.

La recourante a quant à elle maintenu son recours, arguant que son but est avant tout d'obtenir que l'on constate l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et

les troubles oculaires dont elle souffre aujourd'hui encore. Son objectif est que la responsabilité de l'assureur-accidents soit établie et reconnue.

e. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant devant la Chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

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

5. Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles oculaires de la recourante.

6.

6.1.1 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

6.1.2 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Cette condition est réalisée 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 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).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

6.1.3 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).

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; ATF 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)

6.1.4 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

7.

7.1 En premier lieu, la Cour de céans prend acte de l'engagement de l'intimée de rembourser à la recourante les frais de consultation à hauteur de CHF 1'525.95, à titre de frais d'instruction au sens de l'art. 43 LPGA. Se pose dès lors la question de l'intérêt pour agir de la recourante, étant rappelé que l'objet d'une demande en justice ne peut porter que sur des questions juridiques actuelles, dont les conséquences touchent concrètement le justiciable. La jurisprudence admet cependant la recevabilité d'une action en constatation si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate de rapports de droit litigieux. Un intérêt de fait suffit, pour autant qu'il s'agisse d'un intérêt actuel et immédiat. Sous cet angle, on pourrait admettre que la recourante a un intérêt à faire constater l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et ses problèmes oculaires, dans l'hypothèse où ceux-ci devraient empirer par la suite et pourraient alors éventuellement donner lieu à une demande de prestations pour rechute. Quoi qu'il en soit, le recours doit être rejeté comme manifestement infondé pour les raisons qui suivent.

7.2 La seule question litigieuse est celle de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles oculaires de la recourante. L'existence d'un tel lien est niée par l'intimée, qui se fonde sur les expertises mises en œuvre. La recourante fonde son argumentation essentiellement sur le fait qu'elle ne rencontrait aucun problème avant l'accident.

7.2.1 Or, ainsi que rappelé supra, le fait que des symptômes ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec celui-ci. Il s'agit-là typiquement d'un raisonnement

«post hoc, ergo propter hoc». Pour établir un lien de causalité naturelle, il convient de se fonder essentiellement sur les renseignements d'ordre médical.

En l'occurrence, l'intimée a, à juste titre, procédé à des investigations médicales approfondies en mettant sur pied deux expertises auprès de médecins indépendants dont les rapports, qui se basent sur un dossier complet et répondent aux réquisits de la jurisprudence doivent se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant plus que la recourante ne produit aucun rapport faisant état d'un élément objectif qui aurait été ignoré.

L'expert H_____ a indiqué de manière convaincante qu'une insuffisance de divergence peut certes parfois être inclue dans le cadre d'un syndrome post-traumatique crânien, mais que cette hypothèse était peu probable en l'occurrence. Un tel trouble peut aussi survenir, par exemple, à la suite d'un effort de convergence excessif dû à une presbytie non corrigée, presbytie précisément retrouvée chez l'assurée.

S'agissant du syndrome de Brown, l'expert a expliqué qu'il s'agit d'une limitation de l'action du muscle oblique supérieur, due généralement à une difficulté dudit muscle à coulisser dans sa poulie au niveau nasal. Le plus souvent, il s'agit d'une atteinte congénitale qui peut se décompenser à l'occasion d'un traumatisme ou parfois simplement avec l'âge. Dans le cas d'espèce, en l'absence de diplopie et au vu des rapports d'examens orthoptiques de la Dresse C_____ et du centre ophtalmologique de Rive, il n'y a pas, selon lui, d'évidence claire pour une décompensation du syndrome suite au traumatisme subi en août 2018. Les troubles de la vision binoculaire rapportés par le Dr F_____ ne peuvent être reliés avec certitude au seul traumatisme crânien. En l'absence de diplopie susceptible de bénéficier d'une correction, il lui paraît difficile de considérer autrement que comme possible (probabilité inférieure à 50%) le lien avec l'accident. Dans le cas d'espèce, le syndrome peut être dû à l'effort accommodatif excessif que la patiente doit accomplir pour voir de près avec sa correction optique actuelle. De ce fait, et sans prétendre exclure complètement la possibilité d'un lien de causalité, celui-ci lui paraît peu vraisemblable. Or, on rappellera que la question de l'existence d'un lien de causalité 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. En d'autres termes, 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.

Les conclusions de l'expert neurologue vont dans le même sens. Il a qualifié le status neurologique de normal et les pièces radiologiques à disposition de rassurantes : les imageries par résonance magnétique réalisées n'ont mis en évidence aucune lésion à caractère traumatique. Dès lors, compte tenu de l'ensemble des éléments, l'expert a estimé que l'on ne pouvait plus retenir de lien

de causalité pour le moins probable entre les plaintes encore présentes et le traumatisme crânio-cérébral du 19 octobre 2018. Il a souligné au passage que les dites plaintes étaient d'ailleurs peu spécifiques et orientaient plutôt vers un tableau psychogène. Il n'y avait pas d'élément objectif, clinique ou radiologique qui permette de mettre en évidence un socle somatique. Le tableau clinique n'était compatible avec la commotion cérébrale selon un degré de vraisemblance prépondérante que jusqu'à la date du statu quo sine, soit le 19 avril 2019. Au-delà, le lien de causalité ne dépassait pas le seuil de la probabilité.

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée, se fondant sur ces expertises, a considéré que le lien de causalité naturelle entre les troubles du syndrome post-commotionnel et l'accident s'était éteint six mois après ce dernier, soit le 19 avril 2019, ce qui rend superflu l'examen du lien de causalité adéquat.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Prend acte de l'engagement de l'intimée de rembourser à la recourante ses frais de consultation à hauteur de CHF 1'525.95, à titre de frais d'instruction au sens de l'art. 43 LPGA.
3. L'y condamne en tant que de besoin.
4. Pour le surplus, rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le