RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3281/2021 **ATAS/561/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 juin 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Bolwarra, NSW, AUSTRALIE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jonathan COHEN

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Richtiplatz 1, WALLISELLEN

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante britannique née en 1986, a vécu en Australie jusqu'à son engagement, le 22 janvier 2018, par la société anonyme B_____ (ci-après : l'employeur) en qualité de « strategic partnerships manager », à Genève, où elle s'est alors domiciliée. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès d'ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).

b. Selon un rapport du docteur C_____, médecin à l'Hôpital de la Tour, l'assurée y a consulté le service des urgences le 23 juillet 2018. Elle signalait depuis février des épisodes de vertige brefs d'environ 20 minutes, plusieurs fois par jour. Depuis le vendredi précédent, elle souffrait de paresthésies, de vertiges de type tangage, de dysesthésies des membres supérieurs et inférieurs, d'une perte subjective de force aux membres inférieurs et d'une difficulté à coordonner ses mouvements. Elle ne parvenait pas à courir et signalait une modification de l'écriture. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale pratiquée le 24 juillet 2018 s'était révélée normale.

c. Après avoir envisagé plusieurs diagnostics, le professeur D_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin à l'Hôpital de La Tour, a noté à la suite de la consultation du 29 juillet 2018 qu'une IRM médullaire avait révélé deux hernies discales sévères, surtout en C5-C6, avec signe de compression et de souffrance médullaire, qui expliquaient les troubles de l'assurée.

d. Le 3 août 2018, l'assurée a subi une discectomie cervicale antérieure et fusion de vertèbres C5-C6 et C6-C7, pratiquée par le docteur E_____, médecin au Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

Après l'intervention, l'assurée a regagné l'Australie pour y être soignée dans sa famille, avec l'autorisation des médecins des HUG.

e. Dans un rapport du 7 août 2018, le Dr E_____ a noté que l'assurée présentait depuis quatre jours des paresthésies au niveau palmaire des mains et avait l'impression que ses membres inférieurs étaient faibles et lourds. Elle disait marcher de façon instable avec des paresthésies de la plante des pieds et décrivait une difficulté à coordonner ses mouvements. Une hyperesthésie des extrémités digitales, des réflexes vifs sans franc signe cérébelleux et un polygone de sustentation élargi avaient été mis en évidence.

f. Par déclaration du 26 septembre 2018, l'employeur a informé l'assurance que l'assurée avait été victime d'un accident lors de la sortie à ski de l'entreprise. Elle avait chuté sur un mur de glace. L'assurée s'était sentie « étourdie et douloureuse » après l'accident, mais elle ne l'avait pas déclaré immédiatement, pensant qu'il était bénin. Ce n'était qu'en voyant certains symptômes inhabituels

s'accentuer qu'elle avait consulté le service des urgences de l'Hôpital de la Tour, le 23 juillet 2018.

g. La doctoresse F_____, généraliste à Sydney, a indiqué le 27 septembre 2018 que l'assurée n'avait jamais eu de blessure à la nuque avant l'accident.

h. Dans un rapport du 3 octobre 2018, le docteur G_____, chirurgien orthopédiste à Sydney, a indiqué que, selon son examen des IRM et des radiographies, les blessures de l'assurée étaient liées à l'accident de ski, après lequel elle s'était plaint d'un déséquilibre de la démarche (*gait imbalance*) et de maladresse (*clumsiness*) des mains, qui s'étaient aggravés.

i. Dans un certificat du 9 octobre 2018, le Pr D_____ a indiqué que l'assurée l'avait consulté le 26 juillet 2018. La hernie cervicale découverte alors était certainement en relation avec l'accident de ski de février 2018.

j. Le 14 octobre 2018, l'assurée a expliqué, dans un courrier en anglais à l'assurance, que le 4 février 2018, elle avait skié et avait heurté la tête la première un mur de glace. Sur le coup, elle avait subi une courte perte de connaissance (*short black out*), des vertiges (*dizziness*) et avait eu le souffle court (*shortness of breath*). Depuis l'accident, elle souffrait de fourmillements, de vertiges, d'épuisement, d'une perte d'équilibre, d'une perte de contrôle des jambes et de la vessie, et de mains et bras engourdis. Ces symptômes s'étaient progressivement aggravés jusqu'à sa consultation à l'Hôpital de la Tour.

k. Le Dr E_____ a indiqué le 18 octobre 2018 que la lésion de la moelle épinière avec déficit neurologique était liée à l'accident de ski en février 2018.

l. En raison d'une aggravation de ses symptômes, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale (*posterior cervical decompression and fusion C5-C7*), pratiquée le 6 novembre 2018 au Royal North Shore Hospital de Sydney.

B. **a.** Par décision du 7 novembre 2018, l'assurance a refusé d'allouer des prestations. Se référant à un avis de son médecin-conseil, lequel concluait à un état maladif, elle a estimé que le lien de causalité entre l'accident du 4 février 2018 et les troubles de l'assurée survenus dès le 23 juillet 2018 ne pouvait être établi avec une vraisemblance prépondérante.

b. Le 20 novembre 2018, l'assurée a précisé à l'assurance qu'elle s'était rendue à Londres la semaine suivant son accident, avec une aggravation des symptômes incluant perte d'équilibre, faiblesse dans les jambes et fatigue extrême. Ces symptômes avaient été mis sur le compte du stress d'un nouveau poste et de la vie dans un pays inconnu. En raison des exigences de son travail, elle n'avait pas eu le temps de consulter un médecin. Sa charge de travail avait été augmentée, à l'instar de la pression, incluant de nombreux voyages en Europe et des journées de 16 heures. Les symptômes s'étaient aggravés jusqu'à la consultation du 23 juillet 2018.

c. Le 18 décembre 2018, l'assurée s'est opposée à la décision du 7 novembre 2018 en concluant à être mise au bénéfice de prestations pour accident dès le 23 juillet 2018. Elle alléguait que le lien de causalité entre l'accident et ses troubles était admis par les Drs E_____, D_____ et G_____ et s'étonnait dès lors de la conclusion du médecin-conseil de l'assurance – dont elle sollicitait une copie. L'assurée soulignait n'avoir jamais rencontré de problème de santé avant son accident. Elle indiquait que son retour en Australie était censé n'être que temporaire, son objectif étant de se soigner avec l'assistance de sa mère. Elle demandait la mise en œuvre d'une expertise.

d. Le 1er février 2019, l'assurée a transmis à l'assurance deux rapports, établis le 22 janvier 2019 par la doctoresse H_____, spécialiste de la réadaptation à l'unité des lésions de la colonne vertébrale de l'Hôpital Royal Rehab à Ryde, Australie, et le 31 janvier 2019 par la doctoresse H_____.

Dans son rapport, détaillant notamment les symptômes et les empêchements de l'assurée, la Dresse H_____ a diagnostiqué une tétraplégie incomplète (C2 ASIA D). Elle a confirmé le lien de causalité entre les troubles et l'accident de ski du 4 février 2018 et attesté de l'incapacité totale de sa patiente à travailler et voyager.

e. Le 11 avril 2019, l'assurée a fait parvenir à l'assurance un certificat établi le 22 janvier 2019 par le docteur J_____, médecin au département d'orthopédie et de chirurgie traumatologique du Royal North Shore Hospital de Sydney, concluant que la lésion incomplète de la moelle cervicale subie par l'assurée résultait de l'accident de ski.

f. Le 27 décembre 2019, l'assurée a transmis à l'assurance :

- un rapport établi le 3 décembre 2019 par la doctoresse K_____, neurologue à Sydney, indiquant que l'assurée avait subi une lésion de la moelle et un traumatisme crânio-cérébral (TCC) le 4 février 2018 ;
- un rapport du 19 novembre 2019 de la doctoresse L_____, psychologue, détaillant les résultats de son évaluation neuropsychologique, ainsi qu'une seconde attestation de cette psychologue du 3 décembre 2019 ;
- un certificat établi le 26 septembre 2019 par le Prof. D_____, confirmant le lien de causalité entre les troubles et l'accident du 4 février 2018.

g. Le 17 janvier 2020, l'assurance a invité l'assurée à lui confirmer qu'elle n'avait pas consulté de médecin avant le 23 juillet 2018. Pour le surplus, elle l'a informée que, selon son médecin-conseil, le canal cervical étroit C5-C6 opéré était une pathologie médicale constitutionnelle et la relation de causalité entre l'accident annoncé et le traitement de ce canal étroit au mieux possible.

h. Par courrier du 9 mars 2020, l'assurée a fait valoir que son employeur lui avait dit qu'elle ne devait pas déclarer l'accident. Si elle n'avait pas tout de suite consulté de médecin, elle avait en revanche souffert immédiatement après

l'accident d'importants maux de tête, d'étourdissements, d'engourdissements, de nausées et avait dû être reconduite à Genève. Elle a derechef requis la mise en œuvre d'une expertise sur dossier, avec communication préalable du nom de l'expert.

L'assurée a produit :

- un témoignage de Madame M_____, indiquant avoir dîné avec l'assurée le 9 février 2018 à Londres ; l'assurée lui avait dit qu'elle avait des vertiges et était épuisée et qu'elle avait récemment subi un accident de ski ; avant et après le dîner, Mme M_____ était allée dans la chambre d'hôtel de l'assurée, qui lui avait semblée désorientée et ne savait pas comment allumer la télévision ; elle avait tamisé les lumières de la salle de bain, qui lui donnaient mal à la tête et avait voulu se coucher, car la chambre tournait ; elle s'était endormie soudainement ; elle s'était montrée distraite toute la soirée ;
- un témoignage du 5 septembre 2019 de Madame N_____, indiquant avoir passé le week-end des 10 et 11 février 2018 avec l'assurée dans les environs de Londres ; l'assurée ne se sentait pas très bien et se plaignait d'être très étourdie et hébétée ; elle était très fatiguée, avait du mal à se concentrer plus de quelques minutes et ne semblait pas elle-même ;
- un témoignage de Madame N_____, cousine de l'assurée, qui avait passé le week-end des 10 et 11 février 2018 avec elle ; l'assurée n'était alors clairement pas elle-même ; elle avait raconté son accident de ski et se plaignait d'un mal de tête, se sentait très étourdie, nauséeuse et très fatiguée.

i. Le 8 avril 2020, l'assurée a transmis à l'assurance un rapport d'expertise rédigé par la doctoresse O_____, neurologue à Sydney, ainsi que la littérature médicale citée dans ledit rapport et le curriculum vitae de cette spécialiste. Elle a réitéré sa demande d'expertise.

j. L'assurée a relancé l'assurance le 22 juin 2020, annonçant qu'elle recourrait pour déni de justice en l'absence de décision.

k. L'assurance a mis en œuvre une expertise, confiée à la doctoresse P_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a rendu son rapport le 6 novembre 2020.

L'experte a en substance expliqué que si les symptômes concernant la colonne cervicale étaient apparus dans les premières 72 heures après l'évènement, le lien de causalité entre l'accident et la hernie cervicale serait évident. L'accident de ski avait entraîné un traumatisme crânio-cérébral (TCC) léger sans lésion structurelle et le *statu quo ante* était atteint trois à six mois après l'accident. Les plaintes et traitements dès le 22 juillet 2018 étaient en lien de causalité possible, pas probable, avec l'accident, et étaient imputables à un canal cervical étroit chronique.

l. Le 1er février 2021, l'assurée s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendue lors de la mise en œuvre de l'expertise à l'encontre de laquelle elle a

par ailleurs émis plusieurs critiques. Elle a produit un nouveau rapport détaillé de la Dresse O_____ du 22 janvier 2021, confirmant ses précédentes conclusions, ainsi qu'un certificat du 25 janvier 2021 de la Dresse F_____.

m. L'assurée a relancé l'assurance par courriers des 23 avril 2021 et 18 juin 2021. Le 21 juillet 2021, elle a encore transmis à l'assurance un compte-rendu de la Dresse H_____ du 11 mai 2021.

n. Par décision du 25 août 2021, l'assurance a écarté l'opposition. Elle a contesté toute violation du droit d'être entendue de l'assurée et soutenu que le rapport d'expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Les lésions dont souffrait l'assurée depuis le 23 juillet 2018 n'étaient pas consécutives à l'accident, dès lors que le lien de causalité avec cet événement était simplement possible, mais non probable, que le lien de causalité adéquate n'était pas établi et que les lésions n'étaient pas assimilables à un accident.

C. **a.** Le 27 septembre 2021, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition des parties, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'audition des Drs E_____, O_____, du Pr D_____ et de Madame Q_____ et, sur le fond, à ce qu'il soit constaté que le principe de célérité avait été violé, à l'annulation de la décision, à la reconnaissance du caractère accidentel des atteintes subies ensuite de l'événement du 4 février 2018, à ce que lui soit reconnu le droit aux prestations d'assurance prévues en cas d'accident en lien avec l'événement du 4 février 2018, au renvoi de la cause à l'intimée pour calcul des dites prestations.

La recourante produit notamment des captures d'écran de messages et des notes de consultation du Pr D_____. Les captures de messages révèlent qu'elle s'est plainte durant le mois de février à plusieurs reprises de vertiges, d'une grande fatigue, de ne pas savoir où elle se trouvait (*couldn't work out where I was)*, d'avoir été très malade, de s'être effondrée avec de sérieux maux de tête et du fait que l'une de ses interlocutrices l'avait trouvée très calme.

b. Le 22 novembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par écriture du 7 janvier 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle produit un rapport médical établi le 30 septembre 2021 par la Dresse F_____, comprenant des renseignements actualisés au sujet de son état de santé et de sa capacité de travail, une lettre à la Cour de céans exprimant son ressenti et relatant son état et la traduction d'un rapport du 21 septembre 2021 de Madame R_____, physiothérapeute.

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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2021, est applicable, le recours ayant été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur la responsabilité de l'intimée pour les troubles de la colonne cervicale de la recourante dès le 23 juillet 2018, plus spécifiquement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 4 février 2018 et lesdits troubles.

5. Il convient en premier lieu de se prononcer sur le grief de la recourante tendant à constater une violation du principe de célérité.

5.1 Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable ou adéquat s'apprécie au regard de la nature de l'affaire et de l'ensemble des circonstances. L'art. 29 al. 1 Cst. consacre le principe de la célérité, dans le sens où il prohibe le retard injustifié à statuer (ATF 130 1 312 consid. 5.1). L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire et les circonstances font apparaître comme raisonnable (arrêt du Tribunal fédéral 1B_232/2018 du 4 juin 2018 consid. 3).

5.2 La LPGA ne fixe pas de délai à l'assureur pour statuer. Toutefois, la procédure en assurances sociales doit être rapide, exigence qui dans le domaine des prestations est en lien avec le droit à des conditions minimales d'existence (Miriam LENDFERS *in* Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 41 ad art. 56 LPGA). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu qu'un délai de 15 mois pour trancher une procédure administrative ne relevait pas d'un déni de justice au vu des mesures d'instruction particulières nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_190/2007 du 24 septembre 2007 consid. 4.1). À teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque

l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le droit de recours en vertu de cette disposition sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. Cst. (arrêt du Tribunal fédéral 9C_687/2008 du 12 mars 2009 consid. 3.1).

5.3 La jurisprudence a admis qu'un droit à la constatation d'une éventuelle violation du principe de la célérité subsiste sous l'angle de l'art. 29 al. 1 Cst., indépendamment du déni de justice formel. Cette constatation constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Elle peut également jouer un rôle pour la répartition des frais et dépens dans l'optique d'une réparation morale (arrêt du Tribunal fédéral 2P.333/2005 du 18 avril 2006 consid. 3.2 ; pour un exemple de constatation de violation du principe de la célérité en assurances sociales, ATF 129 V 411 consid. 1.2).

5.4 En l'espèce, près de trois ans se sont écoulés entre la décision initiale de l'intimée et sa décision sur opposition. Durant cette période, il apparaît qu'à l'exception d'une demande du 17 janvier 2020, invitant la recourante à confirmer qu'elle n'avait pas consulté de médecin avant le 23 juillet 2018, et la mise en œuvre de la Dresse P_____ - qui n'a eu lieu que le 27 juillet 2020, après que la recourante a menacé l'intimée d'un recours pour déni de justice - est restée très largement passive. Le dossier ne révèle en effet pas que l'intimée aurait entrepris des mesures d'instruction concrètes, hormis ces deux démarches. Cette inactivité est d'autant plus critiquable que la recourante l'a relancée à plusieurs reprises afin que son droit aux prestations soit examiné et que l'enjeu paraît important compte tenu de la gravité des troubles et de leurs répercussions. Il faut également souligner que la recourante ne peut se voir reprocher le moindre défaut de collaboration et qu'elle n'a nullement contribué aux longueurs de la procédure d'opposition. Elle a ainsi spontanément adressé à l'intimée les documents médicaux dès leur établissement et a fait procéder à une expertise privée. Elle s'est également attachée à faire traduire les documents pertinents en français, quand bien même elle n'y avait pas été invitée expressément par l'intimée, de sorte que cette dernière ne peut se prévaloir de la barrière linguistique pour expliquer le délai écoulé avant qu'elle ne statue sur opposition. On ne saurait pas non plus considérer que le litige est d'une complexité particulière, dès lors qu'il se limite, à tout le moins à ce stade de la procédure, à une question d'ordre médical portant sur la causalité naturelle entre les troubles et l'accident de ski de février 2018. Aucun élément concret n'explique le temps qui s'est écoulé entre l'opposition et l'examen du dossier confié à la Dresse P_____ notamment.

5.5 Dans ces circonstances, force est de constater que l'intimée n'a pas tranché l'opposition dans un délai raisonnable et a ainsi violé le principe de la célérité.

6.

6.1 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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.

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

6.2 La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2).

6.3 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le *statu quo ante* ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, le seul 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*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références).

7. La recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue.

7.1 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui

fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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. À cet égard, il convient 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. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c). 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).

7.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

7.4 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde

plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Aux termes 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.

Dans un arrêt de principe rendu en 2011, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF - RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung *in* AJP 2016 p. 1214).

Lorsque l'assureur social et l'assuré ne s'entendent pas sur le choix de l'expert, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_97/2021 du 11 juin 2021 consid. 4.2 et les références).

9. La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être

réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

10. En l'espèce, l'intimée a invité la Dresse P_____ à se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles de la recourante et son accident de février 2018 sans respecter les exigences rappelées ci-dessus et sans même adresser copie de cette demande à la recourante, alors que celle-ci avait à plusieurs reprises rappelé à l'intimée qu'elle entendait faire valoir ses droits si une expertise devait être ordonnée (notamment dans son opposition et dans son courrier du 9 mars 2020). Une telle manière de procéder relève incontestablement d'une violation du droit d'être entendue de la recourante.

Le fait que la recourante n'ait pas invoqué de motifs de récusation à l'encontre de la Dresse P_____ à réception de son rapport ne suffit pas à considérer que ce grief est réparé, conformément aux principes rappelés ci-dessus. On relèvera du reste que, dans le cadre de la présente procédure, la recourante s'est interrogée sur l'indépendance et l'impartialité de cette experte, qui exerce également une fonction de médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, où la recourante a précisément été opérée la première fois (cf. l'organigramme publié sur le site des HUG : L'équipe du service de neurochirurgie HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève). Un tel lien professionnel pourrait en effet constituer un motif de récusation, au vu de la jurisprudence récente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_514/2021 du 27 avril 2022 consid. 5.3 destiné à la publication portant sur le cas de deux médecins travaillant dans le même cabinet).

L'argumentation développée par l'intimée dans sa réponse du 22 novembre 2021, selon laquelle un rapport établi sur dossier ne tomberait pas dans le champ d'application de l'art. 44 LPGA, tombe manifestement à faux. D'une part, elle ne trouve aucune assise dans la jurisprudence. Si la doctrine rappelle quant à elle que l'expertise n'est pas définie dans la loi, cette notion recouvre les expertises réalisées sur dossier (Massimo ALIOTTA *in* Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, nn. 6 et 9 ad art. 44 LPGA). La position de l'intimée est du reste pour le moins équivoque, voire téméraire, puisqu'elle argue du fait que le rapport de la Dresse P_____ satisfait les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante au vu des critères applicables aux expertises, ce qui justifie qu'elle fonde sa position sur ledit rapport, tout en semblant simultanément affirmer qu'il ne s'agirait pas d'une expertise.

S'agissant du droit d'être entendue de la recourante, on relèvera également que l'intimée n'a jamais donné suite à ses demandes répétées tendant à l'obtention du rapport de son médecin-conseil, sur l'avis duquel était fondée la décision initiale, et qu'elle s'est finalement contentée d'en reproduire le contenu dans son courrier du 17 janvier 2020. Cette manière de procéder est également incompatible avec les garanties liées au droit d'être entendu, bien qu'elle n'ait pas la même portée que l'établissement d'une expertise.

11. Par surabondance, il faut relever que le rapport de la Dresse P_____ n'échappe pas à la critique sur le fond.

11.1 Les Drs E_____, D_____, G_____, H_____, K_____, et J_____ ont tous conclu à un lien de causalité entre l'accident et les troubles de la recourante. Si leurs certificats sur ce point ne sont pas motivés, il n'en reste pas moins que leur caractère unanime suffit déjà à susciter certains doutes quant à l'avis isolé de la Dresse P_____. L'intimée a bien affirmé que son médecin-conseil aurait également exclu une origine accidentelle des troubles. Cela étant, on ne saurait prendre en considération cet avis, d'une part, parce qu'il ne figure même pas au dossier de l'intimée, d'autre part, parce que l'intimée l'a elle-même qualifié de « commentaire succinct ». De plus, la recourante a produit un rapport détaillé de la Dresse O_____. Ce document contient une anamnèse, retranscrit les plaintes de la recourante, les constats objectifs et les trouvailles radiologiques et ses conclusions sont claires et étayées par des références à la littérature. Il correspond ainsi largement aux exigences que le droit suisse pose en matière d'expertises. Contrairement à ce qu'allègue l'intimée, la conclusion de la Dresse O_____ quant à l'origine accidentelle de la lésion de la moelle épinière n'est pas uniquement motivée par l'absence de plaintes avant l'accident - ce qui relèverait d'un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* - mais aussi, notamment, par le mécanisme de la chute à ski. Cette spécialiste a également exposé que le TCC avait pu entraver un diagnostic plus rapide de la lésion de la colonne vertébrale. Elle est rejointe sur ce dernier point par la Dresse K_____, qui a émis le même avis dans son rapport du 3 décembre 2019.

11.2 Dans son rapport, la Dresse P_____ indique en préambule que la recourante serait âgée de 51 ans. La portée de cette erreur ne peut être minimisée, dès lors qu'elle pourrait avoir influencé la conclusion quant à une origine dégénérative de la lésion de la moelle, rare chez de jeunes patients selon l'experte. On ne saurait l'assimiler à une simple faute de frappe, comme le voudrait l'intimée.

11.3 La recourante soutient en outre que l'expertise serait orientée. À ce sujet, on note en effet que l'experte de l'intimée paraît vouloir relativiser le témoignage de Mme M_____ en remarquant que la recourante aurait voyagé de Genève à Londres sans problème et qu'elle aurait pu monter les escaliers sans aide, ce qui est pour le moins surprenant, puisque ces éléments ne ressortent nullement de ce témoignage.

11.4 La Dresse P_____ écarte en outre les avis de ses confrères en retenant qu'ils seraient fondés sur des déclarations ultérieures de la recourante, qui ne correspondraient pas aux plaintes initiales. Or, s'agissant de l'apparition des symptômes, on peut considérer comme établi que les troubles ne sont pas apparus quelques jours seulement après la première consultation du 23 juillet 2018, mais dès février. Tant les messages échangés par la recourante avec ses proches que les témoignages recueillis - dont rien ne permet de remettre en cause l'authenticité - évoquent des symptômes, notamment des maux de tête, une fatigue, des

difficultés d'orientation et des vertiges. Le rapport initial de consultation du 23 juillet 2018 mentionnait également des vertiges depuis février 2018. Dans sa première déclaration à l'intimée accompagnant son courriel du 14 octobre 2018, la recourante a relaté que, depuis l'accident, elle souffrait de fourmillements, vertiges, épuisement, perte d'équilibre, perte de contrôle des jambes et de la vessie, mains et bras engourdis, symptômes qui s'étaient progressivement aggravés jusqu'à la consultation de juillet 2018. Il faut souligner que cette première déclaration est survenue alors même que la recourante n'était pas représentée et avant que l'intimée ne lui communique sa position, de sorte qu'elle n'en saisissait peut-être pas la portée (cf. ATF 142 V 590 consid. 5.2 au sujet de la maxime de la déclaration de la première heure). Il est vrai que la survenance des paresthésies est décrite plus tardivement par les médecins. Cela étant, les rapports de consultation n'ont pas été établis par la recourante, si bien qu'on ne saurait lui en imputer le contenu, dès lors qu'un problème de communication ne peut être exclu. Cela est d'autant plus vrai qu'une discrépance ressort notamment du rapport du Dr E_____, selon lequel les paresthésies seraient apparues le 3 août 2018, alors même qu'elles avaient été signalées au médecin consulté le 23 juillet 2018 déjà.

11.5 En outre, la Dresse P_____ a essentiellement justifié son avis en indiquant que si les symptômes concernant la colonne cervicale étaient apparus dans les 72 heures après l'événement, le lien de causalité entre l'accident et la hernie discale serait évident. Elle n'explique pas en quoi une apparition plus tardive de ces symptômes suffirait à exclure au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité avec l'accident. Ce point est d'autant plus important qu'il semblerait que la découverte tardive d'une lésion médullaire soit relativement fréquente, selon la littérature médicale citée par l'article sur le traumatisme médullaire de wikipedia.org (Traumatisme médullaire — Wikipédia), produit par la recourante, et que les Dresses K_____ et O_____ ont exposé que le TCC subi lors de l'accident de ski avait pu contribuer à retarder le diagnostic de lésion de la moelle épinière.

11.6 Compte tenu de tous ces éléments, même s'il fallait considérer que le vice lié à la violation du droit d'être entendue de la recourante était réparé, l'expertise de la Dresse P_____ ne suffirait pas à trancher la question d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles de la recourante.

12. La recourante demande la mise sur pied d'une expertise judiciaire, invoquant l'important retard déjà pris dans le traitement de son dossier.

Toutefois, au vu de la nature formelle de la violation du droit d'être entendu constatée, un renvoi à l'intimée pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise dans le respect des principes développés sur ce point par le Tribunal fédéral s'impose. On précisera, s'agissant des modalités de l'expertise, qu'au vu de la question à élucider, une expertise sur dossier paraît suffisante. Si l'expert considère qu'un examen physique de la recourante est nécessaire, il devra être rendu attentif à la

possibilité de solliciter à cet effet le concours d'un confrère australien, dont le nom devra lui aussi être préalablement communiqué aux parties (cf. sur ce point ATF 146 V 9 consid. 4.3.2).

La recourante a subsidiairement requis qu'un délai soit imparti à l'intimée pour la mise en œuvre de l'expertise. Dès lors que le temps nécessaire à cette démarche dépend également de facteurs sur lesquels l'intimée n'a pas prise, tels que l'acceptation de l'expert, voire les objections de la recourante, il ne paraît guère opportun de fixer une date butoir à cette fin. L'intimée est cependant invitée à entreprendre sans délai toutes les démarches nécessaires et à traiter la cause avec la plus grande diligence au vu du retard injustifié déjà pris dans le traitement du dossier.

S'agissant des autres mesures d'instruction sollicitées par la recourante, elles apparaissent inutiles à ce stade de la procédure, vu l'issue du litige. La Cour de céans n'y donnera ainsi pas suite.

13. Le recours est admis.

La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 3'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. LPGA *a contrario*).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Constate que l'intimée a violé le principe de célérité.
4. Annule la décision de l'intimée du 25 août 2021.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision au sens des considérants dans les meilleurs délais.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 3'500.-
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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