

GE_GERICHTE ATAS/1099/2020 vom 16. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1099_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1099/2020 du 16 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1099/2020 del 16 novembre 2020

Erwägungen

E. 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.

A/3066/2015 - 30/54 -

E. 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. 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).

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance au-delà du 27 octobre 2003 est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

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

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme, avec effet au 27 octobre 2003, à la prise en charge des suites de l'accident, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise judiciaire et sur la persistance, au-delà de la date précitée, d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre les affections dont se plaint encore la recourante et l'accident assuré.

E. 6

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). 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). b/aa. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en

A/3066/2015 - 31/54 - charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1). b/bb. 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En d'autres termes, en cas d'atteintes objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). C'est le lieu de relever, dans ce contexte, qu'une lésion traumatique est objectivable d'un point de vue

organique lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4).

E. 7

a. Comme indiqué précédemment, l'administration ou le juge examine la question du lien de causalité naturelle en se fondant essentiellement sur des renseignements

A/3066/2015 - 32/54 - d'ordre médical (voir consid. 6b/bb supra). L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin notamment lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui

A/3066/2015 - 33/54 - justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015

consid. 6.2.3). d. 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).

d. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait

A/3066/2015 - 34/54 - médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 8

a. Les traumatismes de la colonne cervicale résultent d'un mécanisme accidentel, désigné communément sous les termes de coup du lapin, consécutifs dans la plupart des cas à un choc arrière inattendu avec un mouvement de flexion/extension du rachis cervical en raison d'une brusque accélération/décélération (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U

262/2005 du 7 mai 2007). En partant des cervicalgies et du status musculo-squelettique et neurologique des trois premiers jours, la Quebec Task Force on Wiplash and associated lesions a classé les traumatismes de type « coup du lapin » en quatre stades (classification admise sur le plan international ; voir Forum médical Suisse n° 47, p. 1119): I Cervicalgie (douleur, raideur, algies). Aucun élément somatique. II Cervicalgie et symptômes musculo-squelettiques (mobilité réduite, points douloureux). III Cervicalgie et symptômes neurologiques (réflexes tendineux diminués ou absents, déficits sensitivo-moteurs). IV Cervicalgie et fracture ou luxation. D'autres symptômes et troubles peuvent se présenter à n'importe quel stade : céphalées, migraines, paresthésies, troubles de la concentration, de la mémoire, de la vue, de l'ouïe (acouphènes), de l'équilibre (vertiges, nausées), fatigabilité, insomnies, troubles de l'humeur (athymie, irritabilité) et troubles psychiques (état dépressif) (ATF 117 V 359 ; voir également Forum médical suisse, n° 47, p. 1119). Le cas I, et dans une certaine mesure le cas II, ont pour particularité le fait que malgré les plaintes émises par la victime, aucune atteinte structurelle au système nerveux, aucune lésion traumatique osseuse ou ligamentaire ne peut être observée selon les méthodes habituelles d'investigation médicale en l'état de la technique actuelle (Pierre ANGELOZZI, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques, in SJ 2009 II 181, p. 182). En effet, ni un déficit neurologique, ni des contractures musculaires cervicales ou encore une réduction de la mobilité de la colonne cervicale ne sont considérés comme des conséquences organiques résultants d'un « coup du lapin », étant donné que ce genre de symptômes est fréquent dans la population, sans être nécessairement causés par un traumatisme (Pierre ANGELOZZI, op.cit., p. 184).

A/3066/2015 - 35/54 - b. Les traumatismes crânio-cérébraux (TCC) sans constat de lésions organiques et les traumatismes analogues ont pour conséquences des troubles similaires à ceux du coup du lapin (ATF 117 V 369 consid. 4a ; Pierre ANGELOZZI, op. cit., p. 184). En effet, le syndrome post-commotionnel, qui survient à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance), comporte de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, diminution de la tolérance au stress, aux émotions ou à l'alcool (F07.2 CIM-10), lesquels se recoupent avec ceux du syndrome post-distorsion cervicale. Les principes développés en lien avec les traumatismes de type coup du lapin sont par conséquent applicables au traumatisme cranio-cérébraux et autres traumatismes analogues (ATF 117 V 369 consid. 4a ; voir également ANGELOZZI, op. cit., p. 184). c. En raison du caractère non objectivable des lésions susmentionnées, leur indemnisation pose des difficultés pour l'assureur-accidents. C'est pourquoi, le Tribunal fédéral a développé des critères spécifiques pour déterminer la causalité naturelle et la causalité adéquate.

E. 9

a. Ainsi, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité,

dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). b. La jurisprudence a posé différentes exigences sur les mesures d'instruction nécessaires du point de vue médical pour admettre un lien de causalité naturelle dans ce contexte. Pour une importante partie des accidents de ce type, l'état de santé de la personne concernée s'améliore notablement après un court laps de temps ; il suffit alors, pour allouer des prestations sans caractère durable (traitement, indemnités journalières), que le diagnostic soit attesté par des données médicales fiables, en particulier le rapport du médecin consulté en premier lieu, qui

A/3066/2015 - 36/54 - est tenu d'examiner soigneusement l'assuré (questions détaillées sur l'état de santé avant et après l'accident, examen clinique et éventuellement radiologique), assorti de renseignements sur le déroulement de l'accident (rapport de police) et, le cas échéant, de l'avis du médecin-conseil de l'assureur-accidents. Si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai de six mois, une expertise pluridisciplinaire est indiquée. Entrent avant tout en ligne de compte des examens réalisés par des spécialistes en neurologie/orthopédie et en psychiatrie, ainsi que, le cas échéant, en neuropsychologie. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques ou autres. Par ailleurs, en raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise devrait aussi, en cas de confirmation du diagnostic, contenir des renseignements sur le point de savoir si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes – dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables – ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 9 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b ; voir également FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire (avec des aspects de l'assurance militaire), in SBVR Soziale Sicherheit, 2016, n° 113). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531). c. L'existence d'un lien de causalité naturelle s'apprécie donc avant tout sur la base de faits médicaux et d'évaluations médicales. À cet égard, pour que les résultats d'une méthode diagnostique médicale puissent constituer un fondement fiable pour statuer, celle-ci doit être reconnue scientifiquement. Une méthode d'examen médical est considérée comme éprouvée par la

science médicale, si elle largement admise par les chercheurs et les praticiens. En l'état actuel de la science médicale, ni les résultats d'une tomographie par résonance magnétique fonctionnelle (TRMf) (ATF 134 V 231), ni ceux fondés sur une technique dite de tenseur de diffusion 3D (ATF 134 V 231 consid. 5.3 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5, 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.3 et 8C_238/2009 du 3 novembre 2009 consid. 3.2.2), ni ceux d'un examen SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) du cerveau (arrêt du

A/3066/2015 - 37/54 - Tribunal fédéral des assurances U 160/98 du 2 juin 2000 consid. 6) ou encore d'une électromyographie kinésiologique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2011 du 5 septembre 2011 consid. 4.5.2) ne sauraient servir de moyen de preuve adéquat pour répondre à la question de la causalité naturelle des troubles consécutifs à un accident de type « coup du lapin ». Une analyse technique ou biomécanique de l'accident ne constitue pas non plus un fondement suffisant pour l'examen de la causalité, mais peut, au besoin, fournir des éléments sur la gravité de l'événement accidentel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 193/01 du 24 juin 2003 consid. 3.2 ; voir également FRESARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n° 114).

E. 10

a. En présence d'une atteinte objectivable du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent et des problèmes de causalité adéquate ne se posent guère (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et ATF 134 V 109 consid. 2.1). En revanche, il en va autrement lorsque les symptômes ne sont pas objectivables. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Dans le cas d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du

E. 15

mai 2020). C'est le lieu de relever que les experts ont clairement expliqué qu'en milieu clinique, l'imagerie DTI s'employait uniquement dans le cas particulier de la tractographie. Cette affirmation se recoupe d'ailleurs avec les déclarations du Dr Z_____, lequel a expliqué que l'imagerie DTI était utilisée dans le cadre clinique, sur le patient individuel, pour obtenir des images de tractographie, pour voir en 2D et 3D la localisation des groupes majeurs de la substance blanche (cf. courrier du Dr Z_____ du 30 novembre 2015 p. 4). Le fait que l'imagerie DTI soit utilisée en clinique, dans un cas particulier, n'en fait pas encore un instrument clinique de routine et encore moins une méthode diagnostique reconnue pour

statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme analogue. Les experts ont également expliqué que l'imagerie DTI n'était pas reconnue selon les ACR Appropriateness Criteria 2016 en tant que méthode d'imagerie de routine et qu'elle ne permettait pas, à elle seule, de poser un diagnostic mais qu'elle pouvait le cas échéant être utilisée comme méthode complémentaire. Cela rejoint la position des Drs K_____ et P_____ telle qu'exprimée dans leur courrier du 17 juin 2008, dans lequel ils ont relevé que « dans l'état actuel, il est admis qu'en l'absence de lésion visible à l'IRM standard, les images décrites à l'IRM avec apport de tenseurs de diffusion en 3D ne peuvent être reconnues comme significatives d'une lésion ». Le Dr Z_____ ne s'est, quant à lui, pas prononcé sur ce point. En d'autres termes, il ressort de l'expertise neuroradiologique qu'un médecin peut employer l'imagerie DTI afin de confirmer des diagnostics posés par le biais d'images standards mais il ne peut fonder son diagnostic sur la base de cette seule méthode, la référence à l'imagerie DTI, à la réponse à la question 7, en tant que séquence conventionnelle étant de toute évidence une erreur de plume. Cette erreur ne saurait toutefois suffire pour décrédibiliser l'entier d'un rapport d'expertise. - La recourante reproche également aux experts de ne pas avoir répondu aux questions 1.4 de l'expertise (« Les IRM selon la technique de tenseur de diffusion ou sur la base d'images selon les séquences SWI font-elles l'objet de divergences au sujet de leur efficacité diagnostique ? ») et 3.1 (« L'IRM du 2 novembre 2009 est-elle conventionnelle ? Si la réponse est partiellement conventionnelle, quelles sont les images relevant de l'IRM conventionnelle ? De quelle technique relèvent les autres images ? Les images SWI relèvent-elles de la technique de tenseur de diffusion 3D ? »).

A/3066/2015 - 46/54 - Certes, il aurait été préférable que les experts répondent de manière circonstanciée et complète aux questions susmentionnées. Cette critique n'est toutefois pas suffisante pour décrédibiliser l'entier du rapport en question. En effet, force est de constater que le rapport d'expertise pris dans son ensemble permet de retenir qu'au contraire de l'imagerie DTI, l'IRM de susceptibilité magnétique (SWI) est reconnue par les ACR Appropriateness Criteria 2016 comme faisant partie intégrante des clarifications pour le diagnostic de microhémorragie et de lésions à cisaillement et que cette méthode constituait, déjà en 2009, une imagerie de routine et qu'il s'agit, de ce fait, d'une technologie conventionnelle. Il s'agit ainsi de deux méthodes différentes, l'une – l'imagerie SWI – étant considérée comme une technologie de routine, au contraire de l'autre – l'imagerie DTI. C'est le lieu de relever que dans son arrêt 8C_720/2012 du 15 octobre 2013, le Tribunal fédéral a classé les séquences SWI dans l'imagerie non conventionnelle. Cependant, l'ATF 134 V 231, auquel il se réfère ne porte que sur la technique du tenseur de diffusion, à l'exclusion des séquences SWI. Ainsi, en l'absence de référence jurisprudentielle ou médicale concernant les séquences SWI, il y a lieu de s'en tenir aux affirmations des experts, lesquelles se recoupent au demeurant avec celles du Dr Z_____ (cf. courrier du Dr Z_____ du 11 avril 2016), et de considérer que les séquences SWI font partie de l'imagerie de routine. - Les constatations des experts sont en contradiction avec celles du Dr Z_____. Dans son courrier du 30 novembre 2015, le Dr Z_____ a considéré, en se fondant sur les séquences SWI, que la recourante souffrait d'une atteinte cérébrale sous la forme de microhémorragies, en lien de causalité probable (plus de 50%) avec l'accident assuré. Pour leur part, les experts neuroradiologues ont expliqué, dans leur rapport du 31 janvier 2017, que des signes indiquant la présence d'une hémorragie chronique (troubles de susceptibilité en SWI) n'étaient présents pour aucun des troubles du signal constatés sur les

images FLAIR au niveau du sommet du ventricule latéral gauche, dans la substance blanche frontale gauche, dans la substance blanche bi-frontale, centrale, insulaire gauche, ainsi qu'au gyrus cinguli. Seuls des troubles de susceptibilité frontale à gauche en SWI, tels que décrits par le Dr Z_____, avaient pu être constatés. Or, ces troubles avaient un caractère tubulaire et sans trouble du signal en FLAIR et correspondaient très probablement à des vaisseaux. L'altération du gyrus cinguli droit constaté en FLAIR n'était associé à aucun trouble de susceptibilité en SWI. D'autres troubles du signal constatés en SWI, notamment au niveau du cerveau médian bilatéral et dans le pons à gauche, ne montrait pas de corrélat en FLAIR. Ils étaient d'ailleurs également d'aspect tubulaire dans la séquence SWI et devaient ainsi correspondre à des espaces péri-vasculaires. Les experts ne retenaient donc pas de substrat unique, causé par une influence directe traumatisante et provoquant une lésion du parenchyme, mais plutôt des altérations progressives

A/3066/2015 - 47/54 - de la substance blanche, lesquelles pouvaient être observées tant dans le cadre d'altérations micro-vasculaires, suite à des modifications métaboliques ou post-inflammatoires ou, en partie, dans le cadre d'un processus de vieillissement et devaient, de ce fait, être déclarées non clairement classifiables dans le diagnostic. Dans leur complément du 13 juin 2019, le Dr AD_____ a encore précisé que l'imagerie pratiquée en 2018 avait montré une progression des altérations du signal hyperintenses de la substance blanche profonde, sans atteinte du cortex ou des fibres en U. Ces altérations avaient les caractéristiques typiques des « deep white matter lesions », qui étaient retrouvées dans le contexte de légères atteintes microvasculaires de la substance blanche ou d'un vieillissement physiologique du cerveau. En comparaison avec l'examen de 2009, une augmentation globale de la taille du système ventriculaire et des reliefs gyraux plus prononcés étaient constatés. Ces résultats étaient compatibles avec une réduction globale du volume du parenchyme cérébral, correspondant à un processus de vieillissement physiologique du cerveau, sans prédominance focale, écartant un processus dégénératif démentiel spécifique. Il n'y avait donc aucun argument pour établir un lien de causalité entre les changements cérébraux morphologiques observés et l'accident. Force est donc de constater que les explications des experts neuroradiologues sont détaillées et bien motivées. Les critiques que la recourante a élevées à leur encontre ne reposent en réalité sur aucune appréciation médicale postérieure aux rapport d'expertise du 31 janvier 2017 et à son complément du 13 juin 2019 mais uniquement sur sa propre appréciation médicale. Lesdites critiques ne permettent dès lors pas de remettre en question les considérations circonstanciées des experts. c/bb. La recourante reproche également au Dr AA_____ de ne pas avoir retenu le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral. Force est toutefois de constater, s'agissant de ce point, que les symptômes typiques du syndrome post-commotionnel se recoupent avec ceux du syndrome post distorsion cervicale. Dans tous les cas, même si un traumatisme cranio-cérébral avait été diagnostiqué, il n'aurait pas entraîné une incapacité de travail supplémentaire, dès lors que ses symptômes ont déjà été pris en considération dans l'appréciation générale. En effet, le Dr AA_____ a retenu une capacité de travail de 75% avec un rendement de 80% compte tenu d'une certaine fatigabilité, de douleurs persistantes et de troubles d'ordre neuropsychologiques, la fatigabilité et les troubles neuropsychologiques étant justement des symptômes non seulement du syndrome post distorsion cervicale mais également du syndrome post commotionnel. Il n'est ainsi pas nécessaire de faire compléter l'expertise sur ce point. Quant aux autres critiques, elles ne sont pas suffisantes pour contester la valeur probante du rapport du Dr AA_____. Au demeurant, la recourante ne le prétend pas, dès lors qu'elle considère que l'estimation de la

capacité de travail pourrait être modifiée uniquement par le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral et les

A/3066/2015 - 48/54 - conclusions d'une potentielle future expertise psychiatrique et qu'elle ne conclut pas à une surexpertise neurologique.

d. Partant, au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise neuroradiologique, neuropsychologique et neurologique et de retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs et limitations de la nuque, avec ou sans céphalées, les limitations partielles fluctuantes des membres supérieurs droit, voire gauche ainsi qu'avec les troubles de l'attention et de mémoire du travail (de degré léger) et, par conséquent, avec les incapacités de travail qui s'en sont suivies. 12. Tant le Dr AA_____ que Madame AC_____ ont exprimé leurs regrets quant à l'absence de volet psychiatrique à cette expertise. Pour sa part, dans ses observations du 15 mai 2020, la recourante conclut désormais également à la réalisation d'une expertise psychiatrique. Force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans comporte de nombreuses références à des troubles psychiques. Ainsi, par exemple, le Dr Q_____ a-t-il retenu, en 2010, le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère, avec fatigabilité et troubles de la concentration existant depuis 2009. En 2006, un trouble psychique avait été exclu par le Dr L_____. Précédemment, la notion d'état dépressif avait été évoquée par le Dr B_____, notamment en 2003 déjà. Dans de telles circonstances, il apparaît raisonnable d'examiner si l'accident assuré a également entraîné des troubles psychiques suffisamment incapacitants pour justifier une incapacité de travail supérieure à celle retenue par le Dr AA_____ et Madame AC_____. Toutefois, dans la mesure où le dossier ne comporte aucun document récent et probant sur cette question, il appartiendra à l'intimée de procéder à cette mesure d'instruction complémentaire, afin de respecter le droit de la recourante au double degré de juridiction. C'est pourquoi, la chambre de céans lui renverra pour instruction sur cette question. Cela étant, dans la mesure où le Dr AA_____ et Madame AC_____ ont retenu une incapacité de travail en lien de causalité avec l'accident assuré et que la procédure dure depuis tant d'années, la chambre de céans se prononcera d'ores et déjà sur la causalité adéquate en rapport avec les troubles relevés dans l'expertise judiciaire, ce qui, en cas d'admission, permettra à la recourante de percevoir des prestations « minimum », susceptibles d'être augmentées, par la suite, en fonction des résultats de l'expertise psychiatrique. 13. a. A titre liminaire, la chambre de céans constate que les experts judiciaires n'ont retenu aucune atteinte objectivable en lien de causalité avec l'accident, ce que la recourante ne conteste du reste pas. En effet, ni les échos-dopplers ni les IRM réalisés ne permettent d'objectiver une atteinte organique. Pour le Dr AA_____, les troubles neurocognitifs ne peuvent être attribués à aucun substrat organique démontrable et aucune lésion objective n'a été mise en évidence s'agissant des troubles du type coup du lapin, en partie chronicisés (rapport d'expertise du

A/3066/2015 - 49/54 - Dr AA_____ du 3 février 2020, p. 14). Partant, le lien de causalité adéquate s'examine conformément aux principes applicables en cas d'atteintes non objectivables et plus particulièrement conformément aux principes applicables en matière de « coup du lapin ». b. L'état de la recourante est stabilisé depuis 2011 comme cela ressort du rapport du Dr AA_____ (voir p. 27) et de celui de Madame AC_____ qui décrit un état cristallisé depuis de nombreuses années (p. 1). L'incapacité de travail retenue par les experts est en outre la même depuis le 1er janvier 2012. Cette stabilisation n'est au demeurant critiquée par aucune des parties. Fin 2011 correspond dès lors à la clôture du cas

et à la fin du droit aux indemnités journalières conformément à l'art. 19 LAA, sans qu'il ne faille examiner la question de la causalité adéquate pour la période antérieure (voir consid. 10e supra et les références). Par conséquent, l'intimée sera condamnée à verser les indemnités journalières correspondant aux incapacités de travail retenues par les experts jusqu'à fin 2011, sous réserve d'une éventuelle augmentation en raison de ses troubles psychiques (cf. consid. 12 supra), soit : - 100% du 27 octobre 2001 jusqu'au 31 mai 2006 ; - 50% du 1er juin 2006 au 31 décembre 2011. A noter, dans ce contexte, que la recourante a informé l'intimée de son accident dans les délais et selon les formes prescrites, ce qui n'est au demeurant pas contesté. Elle a régulièrement requis la poursuite du versement des indemnités journalières et de toute autre prestation qui pourrait entrer en considération, que ce soit par le biais de ses oppositions aux décisions de l'intimée, de ses recours à la chambre de céans et au Tribunal fédéral, de ses autres écritures ou encore par sa participation à l'expertise judiciaire. Partant, dans de telles conditions, ses prétentions ne sauraient être prescrites (cf. art. 24 al. 2 LPG et arrêt du Tribunal fédéral 8C_888/2012 du 20 février 2013 consid. 3 et 5). La question à laquelle il convient désormais de répondre est celle de savoir si l'intimée est tenue de verser une rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2012 et/ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité. C'est en lien avec ces prestations que la question de la causalité adéquate se pose. Pour y répondre, il convient de qualifier, dans un premier temps, l'accident assuré et d'examiner les critères jurisprudentiels en matière de coup du lapin. c. Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (véhicule conduit par la recourante, à l'arrêt à un feu rouge, percuté par l'arrière avant d'être projeté dans le véhicule arrêté devant lui) et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'accident du 27 octobre 2001 doit à l'évidence être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, sans être à la limite des accidents graves (voir consid. 6 c/cc. ci-dessus et arrêt du Tribunal fédéral (8C_915/2008 du 11 septembre 2009 consid. 5.1).

A/3066/2015 - 50/54 - Au moins trois des critères jurisprudentiels doivent ainsi être remplis pour que le lien de causalité adéquate soit admis, étant toutefois précisé qu'un seul suffit s'il revêt une intensité particulière. c/aa. Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit être examiné de manière objective et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré et en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (arrêt 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.2, in SVR 2011 UV n° 10 p. 35; voir également les arrêts 8C_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 et 8C_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1). Ce critère a ainsi été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3), d'un carambolage de masse sur l'autoroute (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1), ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008). En l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, force est d'admettre que l'événement du 27 octobre 2001 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. En effet, le véhicule dans lequel se trouvait la recourante était à l'arrêt à un feu rouge lorsqu'il a été percuté par l'arrière par un autre véhicule, arrivant à environ 50 km/h, avant

d'emboutir à son tour le véhicule devant elle. c/bb. Concernant les lésions et leurs conséquences, il y a lieu de noter que le diagnostic de distorsion cervicale ou traumatisme cervical ne suffit pas à lui seul pour admettre le critère de gravité de la lésion. Il faut en effet que les troubles typiques du tableau clinique caractéristique soient particulièrement graves ou que d'autres circonstances influencent l'ensemble des troubles, telles la position particulière du corps prise par l'assuré pendant l'accident et les complications qui s'en sont suivies ou l'existence de lésions préalables à la colonne vertébrale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008, consid. 5.4 ; voir également FRESARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n° 132). Par ailleurs, une commotion cérébrale, une lacération pariétale et d'abrasions au visage, aux genoux et aux mains ne constituent pas des lésions graves ou de nature particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 151/04 du 28 février 2005). Il en va de même d'une fracture de la 5ème cervicale corporéale non déplacée et sans trouble neurologique ainsi que de l'arc postérieur C5, et d'une fracture de l'apophyse articulaire inférieure gauche de C4 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 2 octobre 2002).

A/3066/2015 - 51/54 - En l'espèce, les experts ont évoqué les atteintes suivantes en lien de causalité avec l'accident : douleurs et limitations de la nuque, avec ou sans céphalées, limitations partielles fluctuantes des membres supérieurs, troubles de l'attention et de mémoire du travail. Il ne s'agit là pas de lésions graves ou d'une nature particulière, de sorte que ce critère n'est à l'évidence pas rempli. Au demeurant, la recourante ne l'a pas non plus invoqué. c/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical, certes administré sur une longue période, a consisté en de la balnéothérapie et en de la prise d'antalgiques, de sorte qu'il n'était objectivement ni spécifique ni pénible. c/dd. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi la recourante auraient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). La recourante ne le prétend d'ailleurs pas. c/ee. Les conditions de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes ne doivent pas être remplies de manière cumulative (ATF 117 V 359 consid. 7b). Dans ce contexte, il y a lieu de préciser que les critères du traitement médical et des douleurs persistantes ne permettent pas de conclure à l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison ou à celle de complications importantes. Il faut, dans ce contexte, l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison. La prise de nombreux médicaments et la réalisation de différentes thérapies ne suffisent pas pour admettre ce critère. Il en va de même du fait qu'en dépit de thérapies régulières, il n'a pas

été possible de supprimer les douleurs ou d'obtenir une capacité de travail (entière) (arrêts du Tribunal fédéral 8C_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et 8C_57/2008 du

E. 16

mai 2008 également consid. 9.6.1). Par ailleurs, une éventuelle intolérance aux antidouleurs ne doit pas être examinée en relation avec le critère des difficultés

A/3066/2015 - 52/54 - apparues en cours de guérison ou des complications importantes mais en lien avec le critère des douleurs persistantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_275/2008 du 2 décembre 2008 consid. 3.3.6). En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de retenir l'existence de difficultés apparues en cours de guérison ou des complications importantes. La recourante ne le prétend au demeurant pas non plus. c/ff. Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour justifier des incapacités de travail jusqu'à la date de l'expertise. c/gg. Enfin, en ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_55/2013 du 7 janvier 2014, consid. 4.5.6). Dans le cas d'espèce, si l'importance de l'incapacité de travail est bien réelle, les efforts reconnaissables que la recourante a fournis pour reprendre une activité, ne résultent pas du dossier. Bien plus, le Dr AA_____ a relevé, à la page 25 de son rapport du 3 février 2020, que la recourante aurait pu faire son possible pour restreindre au maximum les coûts entraînés par l'accident, que ce soit en matière de guérison (acceptation des médicaments proposées par différents intervenants), acceptation d'une évaluation psychiatrique ou de mesures de réadaptation (reprise partielle et progressive d'une activité professionnelle, mesures de réadaptations spécifiques (notamment proposées par le Dr G_____ en 2003) etc. La question de savoir si le critère de l'importance de l'incapacité de travail est rempli peut toutefois rester indéterminée, car même s'il était réalisé, cela ne suffirait pas à admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate. d. Force est donc de constater que même si l'on admettait la réalisation du critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce critère, associé à celui des douleurs persistantes, ne permettrait pas d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate dans le cas d'un accident moyen stricto sensu, aucun des deux ne revêtant l'intensité particulière nécessaire pour pallier l'absence d'un troisième critère. En l'absence de lien de causalité adéquate, l'intimée n'a pas à verser de prestations au-delà du 31 décembre 2011, et ce quelles que soient les conclusions de l'expertise psychiatrique à laquelle l'intimée devra procéder, dès lors que la variante jurisprudentielle la plus favorable à la recourante, à savoir celle en matière du coup du lapin, conduit à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate (cf. dans le même sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 6.2.3 et les références).

A/3066/2015 - 53/54 - La chambre de céans relève enfin que l'absence de lien de causalité ne signifie pas que les troubles dont souffre encore la recourante ne sont pas reconnus. Cela revient uniquement à dire qu'après toutes ces années, lesdits troubles ne sont plus consécutifs à l'accident assuré et que l'intimée, en sa qualité d'assureur-accidents, n'a plus à intervenir. 14. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 23 juillet 2015 annulée sur ce point et l'intimée sera condamnée à verser les indemnités journalières déjà dues jusqu'au 31 décembre 2011. La cause lui sera cependant tout de

même renvoyée pour qu'elle mette sur pied, dans les plus brefs délais, une expertise psychiatrique, les prestations de la recourante pour la période du 1er juin 2006 au 31 décembre 2011 devant, le cas échéant, être augmentées en fonction du résultat de cette mesure d'instruction. Dès lors que, par le présent arrêt, la chambre de céans admet partiellement le recours du 11 septembre 2015, la demande de restitution de l'effet suspensif n'a plus d'objet. 15. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/3066/2015 - 54/54 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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