

## GE\_GERICHTE A/1391/2016 vom 5. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1391\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1391_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1391/2016 du 5 décembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1391/2016 del 5 dicembre 2016

### Erwägungen

#### E. 9

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Murat Julian ALDER recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sis Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) est une ressortissante turque née en 1980. Depuis octobre 2013, elle bénéficiait de prestations de l'assurance-chômage. A ce titre, elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) pour les accidents non-professionnels.![endif]>![if> 2. Le 18 octobre 2014, une voiture a roulé sur l'avant-pied droit de l'assurée, dans un parking. L'intéressée s'est rendue à l'Hôpital de la Tour pour être soignée. La doctoresse B\_\_\_\_\_ a certifié d'une incapacité totale de travail du 18 au 26 octobre 2014, pour cause d'accident.![endif]>![if> 3. Dans un certificat non daté, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a certifié une incapacité de travail totale pour cause d'accident du 27 octobre au 9 novembre 2014. Par la suite, il a prolongé l'arrêt de travail à plusieurs reprises.![endif]>![if> 4. Le 6 novembre 2014, l'assurée a déclaré le sinistre à la SUVA, laquelle lui a alloué des prestations d'assurance par la prise en charge des frais médicaux et le versement d'une indemnité journalière de CHF 91.70 par jour à compter du 21 octobre 2014.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 1 er décembre 2014, la Dresse B\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de contusion du pied droit. Un hématome sur le dessus du pied était constaté, ainsi qu'une douleur à la palpation des troisième et quatrième phalanges. Sur le plan radiologique, le bilan osseux était négatif et aucune lésion traumatique n'était constatée. L'incapacité de travail était de 100% dès le 18 octobre 2014 et probablement jusqu'au 26 octobre 2014.![endif]>![if> 6. Le 9 janvier 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a certifié une incapacité de travail totale pour cause d'accident du 9 au 26 janvier 2015. Par la suite, ce médecin a prolongé cette incapacité de travail à plusieurs reprises.![endif]>![if> 7. Dans un rapport du 10 février 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de coalition partielle cuboïdo-naviculaire, renvoyant pour le surplus à ses courriers adressés au Dr C\_\_\_\_\_ :![endif]>![if> - 18 décembre 2014 : une voiture avait roulé sur l'avant-pied droit de l'assurée. Elle avait toutefois réussi à retirer son pied. Depuis, elle présentait des douleurs au niveau du trajet du tendon du long extenseur de l'hallux, ainsi qu'au niveau des métatarsiens trois et quatre. Une radiographie mise à disposition n'avait pas permis de mettre en évidence de fracture. A l'examen clinique, il n'y avait aucun signe d'une rupture complète du tendon, de sorte qu'une image par résonance magnétique (ci-après : IRM) était prévue pour mieux comprendre les raisons des douleurs et objectiver la présence d'un œdème osseux, d'une fracture ou d'une éventuelle atteinte tendineuse ; - 16 janvier 2015 : l'IRM n'avait pas permis de déceler une lésion des tendons mais mettait en évidence une coalition

cuboïdo-naviculaire. Un CT-scan était prévu pour éclaircir le diagnostic ; - 3 février 2015 : le CT-scan mettait en évidence une coalition cuboïdo-naviculaire, de sorte que le diagnostic de coalition partielle cuboïdo-naviculaire traumatisée par l'accident du 18 octobre 2014 pouvait être retenu. L'évolution était difficile. L'assurée restait incapable de travailler à 100%. Actuellement, elle examinait la possibilité de faire un stage d'esthéticienne, ce qui pourrait justifier une modification de l'arrêt de travail. 8. Le 20 février 2015, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'incapacité totale de travail en raison de l'accident du 18 octobre 2014 était probable. Il comptait prendre connaissance des conclusions finales du Dr D\_\_\_\_\_ avant d'estimer quand l'assurée pourrait retrouver une pleine capacité de travail. A terme, la reprise de son activité habituelle de serveuse était vraisemblable. 9. Dans un rapport du 5 juin 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de coalition partielle cuboïdo-naviculaire. L'évolution était difficile et aucune reprise du travail n'était envisageable. Le Dr D\_\_\_\_\_ a joint à son rapport deux courriers établis par ses soins et auxquels il était fait référence : - 31 mars 2015 : l'assurée ressentait des douleurs au niveau de la coalition mais également sur le versant latéral du pied. L'évolution était très lentement favorable mais l'assurée était toujours en incapacité totale de travailler, suite à ses douleurs dans un contexte délicat au chômage, avec comme emploi précédent une activité de serveuse, et en réorientation vers une activité d'esthéticienne. Des séances d'ostéopathie, ainsi que des semelles orthopédiques avaient pu la soulager un petit peu ; - 15 mai 2015 : une infiltration réalisée sous échographie par le Docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, n'avait donné aucun résultat. Avant de proposer à l'assurée une arthrodèse de l'arrière-pied, il avait été suggéré à cette dernière de patienter encore quelques mois pour éventuellement pouvoir bénéficier d'une évolution favorable spontanée. 10. Le 18 juin 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'intervention chirurgicale prévue par le Dr D\_\_\_\_\_. Il a considéré qu'il existait un état antérieur de coalition du tarse qui avait été déstabilisé de façon temporaire, de sorte qu'un retour à un statu quo sine pouvait être discuté. Compte tenu de la spécificité du cas, le Dr E\_\_\_\_\_ souhaitait que l'avis du Centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA (ci-après : Centre de compétence) soit requis. 11. Par pli du 9 septembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé la SUVA que, d'un point de vue psychologique, l'assurée souffrait énormément des suites de l'accident, lequel avait conduit à la perte de son emploi. Anamnestiquement, elle se trouvait actuellement dans un état dépressif. Un suivi psychiatrique était indiqué, afin de l'aider à ne pas développer des symptômes de dépression plus importants. La SUVA était priée de bien vouloir prendre en charge les frais inhérents à ce traitement. 12. Dans une appréciation psychiatrique du 23 septembre 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la SUVA, a relevé que l'accident pouvait être impressionnant mais de peu de gravité. La contusion qui avait été diagnostiquée au départ se révélait en fait être une problématique orthopédique plus complexe. Il semblait que les conséquences de cet état séquellaire somatique étaient à l'origine d'une baisse d'humeur de l'assurée. Si elle pouvait être suivie par un médecin interniste/spécialiste avec une prescription d'antidépresseurs et bénéficier d'un soutien, on pouvait toutefois admettre la mise en place d'un suivi spécialisé sur une période de six mois. En effet, l'impression globale était que cette situation était en train d'évoluer négativement et risquait de se prolonger dans le temps et de se chroniciser, voire d'évoluer vers une invalidation. 13. Dans une appréciation orthopédique-chirurgicale du 26

octobre 2015, les docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, du Centre de compétence de la SUVA ont conclu à l'absence de lien de causalité probant entre les troubles présentés actuellement par l'assurée au pied droit et le traumatisme du 18 octobre 2014. En considérant le diagnostic initial de contusion du pied droit et en l'absence de lésions structurelles visibles à l'IRM du 9 janvier 2015 et au CT-scan du 26 janvier 2015, on pouvait raisonnablement retenir un status quo sine atteint au plus tard à six mois d'évolution. La coalition cuboïdo-naviculaire diagnostiquée étant d'origine malade congénitale et n'ayant pas été décompensée de manière durable par l'évènement du 18 octobre 2014 selon les critères de la vraisemblance prépondérante, l'intervention chirurgicale ou la suite de son traitement n'étaient pas à la charge de la SUVA.

Lors de la première consultation à l'Hôpital de la Tour et chez le Dr D\_\_\_\_\_, la symptomatologie douloureuse documentée se localisait au niveau de l'avant pied et non en regard de la coalition cuboïdo-naviculaire diagnostiquée par la suite. L'apparition de douleurs plantaires au niveau de la voûte n'était ainsi référée qu'au début du mois de janvier 2015 et à la suite du diagnostic de coalition cuboïdo-naviculaire au versant plantaire révélé par l'IRM. Par conséquent, la relation entre l'apparition d'une symptomatologie liée à la coalition et l'évènement traumatique du 18 octobre 2014 n'était pas donnée. Sans prendre en considération l'anamnèse, il serait envisageable de retenir pour le mécanisme accidentel une décompensation limitée dans le temps de la coalition, dans la mesure où l'IRM n'avait montré aucune lésion structurelle. Puisque l'IRM ne montrait aucun signe d'activation de la malformation (absence d'œdème) et une parfaite normalité des parties molles, des symptômes liés à cette décompensation symptomatique ne pouvaient être retenus au-delà de six mois après l'accident, le statu quo sine vel ante étant donné par la suite. Les informations médicales figurant au dossier fournissaient fort peu d'informations sur la gêne réelle présentée par l'assurée. Il n'était référé aucune information clinique probante de la part des médecins spécialistes parlant pour un trouble spécifique au niveau de la malformation diagnostiquée. En fait, tout portait à considérer que le diagnostic de coalition était, chez l'assurée, un diagnostic fortuit posé au décours d'un traumatisme d'écrasement somme toute modéré (pas de fractures ni de stigmates selon l'IRM à trois mois). Dans ces conditions, non seulement l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr D\_\_\_\_\_ n'était pas en rapport avec l'accident, mais son indication était fort discutable.

14. Par décision du 18 octobre 2015, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 31 octobre 2015. Il ne ressortait du dossier aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, entre l'évènement dommageable du 18 octobre 2014 et les troubles qui nécessitaient l'intervention chirurgicale proposée par le Dr D\_\_\_\_\_. Selon l'appréciation du 26 octobre 2015 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, les troubles qui subsistaient actuellement n'étaient plus dus à l'accident, mais à une maladie. Par conséquent, il devait être mis fin aux prestations avec effet au 31 octobre 2015.

15. Le 29 octobre 2015, la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée depuis le 5 juin 2015. D'un point de vue psychologique, elle confirmait que la souffrance de l'assurée était liée à l'accident. L'intéressée se trouvait actuellement dans un état dépressif nécessitant un suivi psychiatrique. Compte tenu de ces éléments la Dresse J\_\_\_\_\_ priait la SUVA de bien vouloir revoir sa décision concernant la prise en charge du suivi psychiatrique.

16. Le 16 novembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que le pied n'était plus tuméfié et montrait un coloris physiologique. L'assurée ressentait des douleurs

au niveau du sinus du tarse ainsi qu'au niveau de la plante du pied à la hauteur de la coalition. Elle était cependant toujours en incapacité totale de travailler. Une reconversion professionnelle était en cours auprès de l'assurance-invalidité. Dans ce contexte elle prenait des cours de français intensif. Il soutenait l'assurée dans ses efforts de reconversion, dont elle avait absolument besoin. L'intéressée cherchait également du soutien auprès d'un psychiatre, puisqu'elle avait senti qu'elle souffrait de suites psychiatriques à l'accident. Concernant les douleurs au pied, il se pouvait que cela s'améliore encore un peu dans le futur. Dans le cas contraire, une triple arthrodèse était nécessaire!

17. Le 29 novembre 2015, l'assurée a formé opposition à la décision du 18 octobre 2015 et requis la tenue d'un entretien afin de pouvoir exposer ses arguments.

18. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. La souffrance psychologique actuelle de l'assurée était liée à son accident. Elle suivait l'intéressée depuis le 5 juin 2015, à la demande du Dr C\_\_\_\_\_, en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive importante. L'intéressé se sentait incomprise dans sa souffrance psychique par la SUVA. Durant son suivi psychiatrique, l'assurée avait démontré beaucoup de motivation et d'efforts pour aller de l'avant. Le refus de la SUVA l'avait déçue, démoralisée et découragée. Elle présentait un sentiment de désespoir avec une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, du fait de l'absence de soutien de la SUVA. Elle souffrait énormément sur le plan psychique depuis son accident. Ses douleurs au pied droit l'empêchaient d'effectuer ses activités quotidiennes. L'évènement du 18 octobre 2014 avait fait des dégâts importants sur sa vie quotidienne, privée, professionnelle, sociale et financière, et sur son état physique et psychique. Elle avait le sentiment qu'on lui avait volé quinze mois de sa vie. Son sommeil était toujours perturbé. Elle se sentait en échec dans sa vie en général. Elle se plaignait d'oppression dans la poitrine, de bouffées de chaleur, de sensation d'étouffement avec souffle coupé et de céphalées de tension persistantes. Elle se sentait toujours très fatiguée, épuisée et somnolente. Elle était totalement incapable de travailler depuis le 18 octobre 2014. Elle n'avait pas encore assez de confiance en elle et n'arrivait pas encore à prendre des décisions.

A l'appui de son rapport, la Dresse J\_\_\_\_\_ a produit son courrier du 29 octobre 2015 et ses rapports des 18 juin et 25 août 2015, lesquels étaient similaires dans leur teneur à son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015.

19. Le 1<sup>er</sup> février 2016, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, motivé son opposition. Elle contestait l'appréciation orthopédique-chirurgicale des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2015, selon laquelle il n'existerait aucun lien de causalité entre l'accident et son atteinte à la santé. Pour parvenir à cette conclusion, elle se fondait sur les rapports et certificats des Drs J\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, qui tendaient à démontrer que le lien de causalité précité existait. Par conséquent, il incombait à la SUVA de maintenir son droit aux prestations. De plus, la SUVA ne semblait pas tenir compte des rapports de la Dresse J\_\_\_\_\_.

20. Par décision sur opposition du 18 mars 2016, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours de l'assurée. Elle se fondait sur le rapport du 26 octobre 2015 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Ces derniers avaient notamment relevé que l'IRM du 9 janvier 2015 avait révélé un aspect normal des différentes articulations, des structures osseuses étudiées et des tissus mous péri-articulaires, ainsi qu'un discret modelé d'allure dégénératif débutant au versant dorsal et médical de l'articulation métatarso-phalangienne de l'hallux, et une coalition entre le cuboïde et le naviculaire au versant plantaire, d'aspect fibreux avec une composante ossifiée protrusive au versant plantaire. Sur la base de ces constatations cliniques objectives,

les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ avaient conclu qu'en considérant le diagnostic initial de contusion du pied droit et en l'absence de lésions structurelles visibles à l'IRM du 9 janvier 2015 et au CT-scan du 26 janvier 2015 (aucun signe d'activation de la malformation et absence d'œdème), on pouvait raisonnablement retenir un status quo sine atteint au plus tard à six mois d'évolution. La coalition cuboïdo-naviculaire était d'origine malade congénitale, sans décompensation durable suite à l'événement traumatique du 18 octobre 2014, de sorte que l'intervention chirurgicale ou ses suites n'étaient pas à sa charge. A ce propos, dans son rapport du 18 décembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ avait relevé que l'assurée avait pu retirer le pied et qu'une radiographie mise à sa disposition n'avait pas permis de mettre en évidence de fracture. Quant au Dr E\_\_\_\_\_ il avait affirmé que si l'accident avait pu déstabiliser un état antérieur de coalition du tarse, il ne l'avait fait que de manière temporaire. S'agissant de l'accident, pour autant qu'il soit considéré comme étant de gravité moyenne à la limite de peu de gravité, les critères permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assurée et le sinistre n'étaient pas réalisés. Ainsi, elle ne devait pas prester à ce titre. Pour sa part, l'assurée se fondait sur l'appréciation des Drs C\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ pour affirmer qu'il existait un lien de causalité entre les troubles persistants et l'accident du 18 octobre 2014. Cela étant, l'argumentaire de l'assurée était principalement fondé sur le principe post hoc ergo propter hoc, lequel était insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle en matière d'assurance-accident. Compte tenu de ces éléments, rien ne permettait de remettre en cause l'avis circonstancié des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Par conséquent, c'était à juste titre qu'elle avait refusé la prise en charge de l'opération proposée par le Dr D\_\_\_\_\_ et de ses suites, et mis un terme au versement des prestations d'assurance. 21. Par acte du 3 mai 2016, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre de céans. Elle a conclu préalablement à ce que les Drs J\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ soient entendus et à ce qu'une expertise médicale soit mise en œuvre, principalement à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit aux prestations d'assurance au-delà du 31 octobre 2015, sous suite de frais et dépens, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. La décision querellée se fondait sur une appréciation orthopédique-chirurgicale interne du 26 octobre 2015, selon laquelle il n'existerait aucun lien de causalité entre l'accident du 18 octobre 2014 et les atteintes à la santé dont elle souffrait encore. A la lumière des rapports des Drs J\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, elle contestait ladite appréciation, étant précisé que la valeur probante de ces rapports n'était pas remise en cause et qu'ils tendaient à démontrer l'existence du lien de causalité nié par la SUVA. Compte tenu de ces éléments l'audition des Drs J\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante, étaient requises. Sur le fond, elle ne se fondait pas sur l'adage post hoc, ergo propter hoc, mais sur le fait que si elle n'avait pas été victime de l'accident du 18 octobre 2014, les atteintes à sa santé dont elle souffrait depuis cette date ne se seraient jamais produites. En outre, elle contestait que la coalition cuboïdo-naviculaire diagnostiquée soit d'origine malade congénitale. S'ajoutait à cela que l'intimée semblait minimiser la réalité des séquelles psychologiques et physiques causées par l'accident. En effet, selon le cours ordinaire des choses, le fait de se faire rouler sur l'avant-pied était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'était produit, soit la survenance de séquelles psychologiques et physiques durables, lesquelles avaient notamment conduit à la perte de son emploi. 22. Dans sa réponse du 30 juin 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Quoiqu'en pensait la recourante, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, dont le rapport

devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant aux troubles psychiques, leur prise en charge ne lui incombait manifestement pas, faute de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'accident du 18 octobre 2014.![endif]>![if> 23. Le 31 août 2016, la recourante a prié la chambre de céans de bien vouloir convoquer une audience de comparution personnelle des parties, tout en précisant persister dans les conclusions de son recours.![endif]>![if> 24. La cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 31 octobre 2015, respectivement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles allégués et l'accident du 18 octobre 2014.![endif]>![if> 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).![endif]>![if> 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). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il 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.![endif]>![if> Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le

dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres factures (étrangers à l'accident) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et avec références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002 et références). Des plaintes consécutives à une simple contusion durant longtemps doivent en effet souvent être attribuées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations (Fehlentwicklung) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005, consid. 2.2, voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002). 7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation

des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 9. a. 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).!

b. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). c. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). d. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des prestations avec effet au 31 octobre 2015 en se fondant sur l'appréciation orthopédique-chirurgicale du 26 octobre 2015 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_.!

Pour sa part, la recourante conteste la position de l'intimée et considère que les atteintes à sa santé sont dues à l'accident du 18 octobre 2014. Ce faisant, elle remet en question l'appréciation des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ en tant que ceux-ci relèvent une absence de causalité naturelle entre l'accident et ses douleurs au pied droit. b. La chambre de céans relève en premier lieu qu'elle dispose d'un dossier contenant tous les éléments nécessaires pour trancher le litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner d'actes d'instruction complémentaires, et ce malgré les réquisitions de preuve présentées par le recourante. En effet, la recourante a pu exposer ses arguments et faire valoir ses griefs dans le cadre de ses écritures, ce qui rend la tenue d'une comparution personnelle des parties inutile. Cela est d'autant plus vrai que, compte tenu de son objet, le recours doit être

tranché principalement à la lumière des documents médicaux figurant au dossier et de critères jurisprudentiels. En ce qui concerne l'audition requise des médecins traitants, leurs conclusions respectives figurent dans les rapports versés au dossier et sont donc connues de la chambre de céans. Enfin, s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, elle ne se justifie pas, compte tenu de ce qui suit. c. S'agissant du rapport du 26 octobre 2015 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, il apparaît que ce dernier est fondé sur une étude approfondie du dossier, en particulier sur les différents rapports des médecins et médecins traitants ayant examiné la recourante depuis le 18 octobre 2014. Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ont rappelé le contexte dans lequel leur intervention a été requise, exposé l'anamnèse de la recourante et résumé la documentation médicale mise à leur disposition, avant de faire part de leur appréciation du cas, en particulier sur la question de l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 18 octobre 2014 et les troubles somatiques présentés par la recourante. Leurs conclusions sont claires, convaincantes et motivées à satisfaction de droit, de sorte qu'elles permettent de comprendre la nature des troubles somatiques présentés par la recourante et l'absence de lien de causalité entre ceux-ci et l'accident. Compte tenu de ces éléments, l'appréciation du 26 octobre 2015 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Certes, la recourante la conteste. Cela étant, elle se contente de substituer sa propre appréciation et celles de ses médecins traitants à celle des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Or, 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Quant à l'argument de la recourante selon lequel les atteintes à sa santé dont elle souffre depuis le 18 octobre 2014 ne se seraient jamais produites sans l'accident, il consiste en réalité en un raisonnement post hoc, ergo propter hoc, lequel, de jurisprudence constante, ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec un accident. En ce qui concerne le Dr C\_\_\_\_\_, de simples certificats médicaux attestant d'un arrêt de travail à 100% pour cause d'accident ne sont pas suffisants, eu égard à la jurisprudence précitée, pour permettre de remettre en question l'appréciation des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Quant aux rapports du Dr D\_\_\_\_\_, s'ils indiquent que les troubles somatiques de la recourante présentent un lien de causalité avec l'accident, ils ne fournissent aucune explication précise à ce sujet, de sorte qu'aucune valeur probante ne peut leur être reconnue. En tout état de cause, tant les certificats du Dr C\_\_\_\_\_ que les rapports du Dr D\_\_\_\_\_ ont été pris en considération par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, de sorte qu'ils n'apportent aucun élément objectif qui aurait été ignoré dans le cadre de l'appréciation du 26 octobre 2015. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations avec effet au 31 octobre 2015, sur le plan somatique. 11. Reste à examiner si les troubles psychiques diagnostiqués par la Dresse J\_\_\_\_\_ pourraient justifier la continuation du versement des prestations. Dans ce contexte, il convient de déterminer si le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate est réalisé. a. Rappelons que 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'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre

une affection de nature psychique et un accident peut rester indéfinie dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 ; 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5). b. 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 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). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). Il en va de même lorsque les troubles psychiques préexistants ont été aggravés par l'accident assuré (RAMA 2000 n° 397 p. 327 par analogie ; voir également arrêt U 135/01 du 31 janvier 2002 consid. 3). c. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, 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 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme

établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. En présence d'un accident de gravité moyenne pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 ; 8C\_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (ATF 134 V 109 consid. 6.2.2, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, 8C\_510/2015 du 20 octobre 2015 consid. 6.2, 8C\_804/2014 du 16 avril 2015 consid. 5 et 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5). Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références). Dans la pratique, ont notamment été jugés comme étant de gravité moyenne, les accidents de la circulation suivants : l'accident au cours duquel une assurée a été heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral

8C\_546/2013 du 24 septembre 2013) ; l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 119/06 du 23 mai 2007) ; le cas d'une assurée qui traversait à vélo, à une vitesse réduite, un passage sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse, roulait à vitesse modérée mais n'avait pas freiné, projetant la victime à une distance de plus de 9 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013) ; un sinistre lors duquel un assuré, au volant de sa moto, remontait une colonne de voitures à l'arrêt lorsqu'il est entré en collision avec une automobile venant en sens inverse qui lui a coupé la priorité en obliquant à gauche pour rejoindre une autre artère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 183/00 du 29 janvier 2001) ; un accident se produisant sur une autoroute à une vitesse en dessous de 100 km/h, au cours duquel le conducteur avait dû brusquement se rabattre pour éviter un autre véhicule roulant en sens inverse, de sorte que la voiture avait dérapé et percuté la glissière de sécurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_182/2009 du 8 décembre 2009) ; récemment, notre Haute cour a classé dans la catégorie des accidents moyens, mais pas à la limite des cas graves, une collision frontale entre deux véhicules roulant à une vitesse modérée au moment de l'impact (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_961/2012 du 18 juillet 2013).

12. a. En l'espèce, la Dresse J\_\_\_\_\_ retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et considère que la souffrance psychologique de la recourante est liée à son accident. En l'occurrence, la Dresse J\_\_\_\_\_ ne motive pas réellement l'existence d'un lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident, se contentant d'appliquer un raisonnement post hoc, ergo propter hoc. Cela étant, la question de la valeur probante de ses rapports, et, partant, de la causalité naturelle peut rester ouverte dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit être nié pour les motifs suivants.!

b. Compte tenu du déroulement de l'accident et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, on peut se demander si l'accident du 18 octobre 2014 doit être qualifié d'accident de peu de gravité ou d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, la recourante circulait à pied dans un parking lorsqu'une voiture lui avait roulé sur l'avant pied droit. Selon le rapport du 18 décembre 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, la recourante avait pu retirer son pied sans assistance. Cet événement a causé une contusion du pied droit, sans fracture ni lésion structurelle. L'intéressée s'est rendue à l'Hôpital de la Tour le jour de l'accident, mais n'a pas été hospitalisée. Quand bien même les forces ne sont pas comparables, le recourante n'a pas subi de choc latéral ou frontal et n'a pas été projetée au sol ou à plusieurs mètres du point d'impact, comme cela a été le cas dans la casuistique mentionnée précédemment. En tout état de cause, la question du degré de gravité de l'accident du 18 octobre 2014 peut rester ouverte, dans la mesure où, même s'il fallait considérer que cet événement est de gravité moyenne, les critères jurisprudentiels permettant d'établir l'existence d'un lien de causalité adéquat ne sont pas réalisés.

c. Rappelons à titre liminaire, que seuls les troubles organiques doivent être pris en considération lors de l'examen des critères de gravité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_903/2009 du 28 avril 2010 consid. 4.6). Cela étant précisé, force est de constater ce qui suit : - La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.1.2, 8C\_463/2014 du 14 juin 2015 consid. 5.2.3 ou encore 8C\_78/2013 du 19 décembre 2013, consid. 4.3.2). En l'espèce, si l'on peut

admettre que l'événement accidentel a revêtu un caractère impressionnant pour la recourante, on doit cependant nier l'existence de circonstances particulières entourant celui-ci. A titre de comparaison, ce critère a 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'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 18/07 du 7 février 2008) ; - S'agissant du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, la recourante a subi une contusion au pied droit, sans fracture ni lésion structurelle. Par conséquent, ce critère ne peut pas être considéré comme réalisé en l'espèce ; - 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 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, qu'en l'espèce, le traitement a essentiellement consisté en des traitements par manipulation (ostéopathie) et en des contrôles chez le Dr D\_\_\_\_\_. Dans de telles circonstances, ce critère n'est pas réalisé ; - Les séquelles organiques de l'accident n'occasionnent, en l'espèce, pas de douleurs physiques persistantes. Dans le cas de la recourante, force est de constater que les douleurs au pied droit n'étaient plus en lien avec l'accident au plus tard six mois après l'accident, puisqu'elles étaient dues à une coalition cuboïdo-naviculaire d'origine malade congénitale et donc sans lien avec l'accident assuré. Dans de telles circonstances, on ne peut parler de douleurs physiques persistantes liées à l'accident, de sorte que ce critère n'est pas non plus rempli ; - Les éléments figurant au dossier ne révèlent aucune erreur dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. Ce critère n'est par conséquent pas non plus rempli ; - 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 16 mai 2008 également consid.

9.6.1). En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de considérer que des difficultés ou des complications importantes soient apparues au cours de la guérison de la contusion du pied droit ; - S'agissant du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, seule la durée qui se rapporte aux atteintes somatiques résultant de l'accident doit être prise en considération (arrêt du Tribunal fédéral U 233/06 du 2 février 2007 consid. 5.3). Conformément à ce qui précède, la recourante n'a plus présenté de douleurs au pied droit, et donc d'incapacité de travail y relative, au-delà de six mois après l'accident. Ce critère n'est ainsi pas non plus réalisé. d. Force est donc de constater qu'aucun des critères énoncés par la jurisprudence n'est rempli en l'espèce, de sorte qu'aucun lien de causalité adéquate ne peut être retenu entre l'accident du 18 octobre 2014 et les troubles psychiques de la recourante. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de verser des prestations à la recourante, en raison des troubles psychiques. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. !endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). 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.