

## GE\_GERICHTE A/1670/2017 vom 11. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1670\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1670_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/1670/2017 du 11 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE A/1670/2017 del 11 giugno 2018

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.06.2018  
A/1670/2017

A/1670/2017 ATAS/509/2018 du 11.06.2018 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1670/2017 ATAS/509/2018  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 11 juin 2018 10 ème  
Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à PERON, FRANCE, p.a. M. B\_\_\_\_\_  
à GENÈVE recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame  
A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1973, domiciliée à Peron/France,  
comptable à plein temps auprès de la société C\_\_\_\_\_ SA dès le 16 juin 2014, était à ce  
titre assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels selon la LAA, auprès  
de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA,  
l'assureur-accidents ou l'intimée).! [endif]>! [if> En date du 30 juin 2014, alors qu'elle  
circulait normalement au volant de son véhicule sur la route de Satigny/Meyrin, l'assurée fut  
heurtée frontalement par un automobiliste venant en sens inverse. Elle fut conduite aux  
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où les diagnostics de fractures du sternum, du  
sacrum et des styloïdes radiale et ulnaire du bras droit ont été posés. Elle a quitté l'hôpital le  
1 er juillet 2014, au bénéfice d'un traitement conservateur et antalgique pour les fractures du  
sternum et sacrée, et d'un plâtre BAB (brachio-antibrachial) pour les fractures du poignet  
droit. Un arrêt de travail a été prescrit, à 100 % du 1 er au 9 juillet, prolongé jusqu'au 10  
août 2014. 2. L'employeur a annoncé le sinistre à l'assureur-accidents le 14 juillet  
2014.! [endif]>! [if> 3. L'assurée a pu reprendre le travail à 50 % le 11 août 2014, et à  
plein-temps le 1 er septembre 2014.! [endif]>! [if> 4. Elle a été suivie, pour les suites de  
l'accident, par la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin généraliste en France voisine, laquelle a  
établi plusieurs rapports intermédiaires concernant l'évolution de sa patiente.! [endif]>! [if>  
5. Répondant à un questionnaire de la CNA, l'assurée a indiqué le 5 janvier 2015 que le  
traitement médical était achevé.! [endif]>! [if> 6. Une nouvelle incapacité de travail  
(rechute) est survenue dès le 7 mai 2015. Elle a été annoncée par l'employeur sur formule  
datée du 8 mai 2015. Un scanner thoracique effectué le 19 mai 2015 avait conclu à un  
aspect de consolidation imparfaite du sternum, avec surtout une petite solution de continuité  
et un décalage au niveau de sa partie postérieure.! [endif]>! [if> La doctoresse E\_\_\_\_\_,  
spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, a établi un arrêt de  
travail à 100 % dès le 12 mai 2015, prolongé par la suite. 7. Il ressort d'une note  
téléphonique de la CNA du 30 juillet 2015, que l'assurée a consulté la doctoresse F\_\_\_\_\_,  
spécialiste FMH en neurologie, neuropsychologie et neuro-rééducation, le 13 juillet  
2015.! [endif]>! [if> 8. Par courrier du 13 août 2015, l'assurée, désormais représentée  
par un mandataire, a fait tenir à l'assureur-accidents le rapport médical LAA pour rechute,  
établi le 12 août 2015 par la Dresse E\_\_\_\_\_. Ce médecin mentionne une rechute dès le 1 er

mai 2015, les premiers soins ayant été dispensés le 12 mai. La patiente se plaint de douleurs persistantes au niveau sternal depuis l'accident, s'accroissant à la réduction du traitement antalgique. État général : depuis l'accident du 30 juin 2014, prise de poids importante, secondaire à l'accident, contexte de type asthmatique. Constatations objectives : douleurs à la palpation de la partie inférieure du sternum ; constatations radiologiques et diagnostics: fractures du manubrium et du sternum ; thérapie : repos, contrôle problèmes pulmonaires type asthmatiforme, perte de poids, by-pass gastrique envisagé; en attente d'un avis orthopédique. L'incapacité de travail (ci-après : IT) est donnée dès le 12 mai 2015, pour une période indéterminée, difficile à évaluer actuellement. 9. Le 24 août 2015, la doctoresse G\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement, a estimé que la rechute annoncée le 7 mai 2015 était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 30 juin 2014; la nouvelle IT à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 était probablement justifiée; quant au pronostic, la patiente devait être examinée par un chirurgien thoracique (Dr H\_\_\_\_\_ ou Dr I\_\_\_\_\_), afin de lui demander s'il avait des propositions thérapeutiques, et s'il estimait que l'IT est encore justifiée, avec quel pronostic. La patiente pourrait le cas échéant être convoquée à l'agence de la CNA, après l'évaluation du chirurgien thoracique. 10. Le rapport de consultation spécialisée de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2015 a conclu que l'assurée a été victime d'un traumatisme crânien simple, sans perte de connaissance et sans notion de commotion cérébrale. Après la reprise professionnelle, elle avait développé des difficultés de concentration qui persistaient à ce jour, avec coloration émotionnelle nette. L'évaluation mentale partielle du jour confirmait la présence des troubles attentionnels, qui s'amendaient après réassurance. Les images du scanner cérébral étaient parfaitement normales. Elle proposait de compléter par une évaluation neuropsychologique ciblée sur les fonctions attentionnelles, exécutives et mnésiques. La patiente serait directement convoquée par une neuropsychologue de son cabinet (J\_\_\_\_\_ ou K\_\_\_\_\_). Sur le plan anamnestique, d'après la patiente, l'accident du 30 juin 2014 n'avait pas donné lieu à une perte de connaissance, avec une très brève amnésie circonstancielle (elle se souvenait d'avoir le nez dans les airbags, de paniquer et de sortir de son véhicule avec l'aide d'un témoin ; de douleurs diffuses, et d'avoir précisé qu'elle était diabétique). Elle avait passé une nuit en observation aux urgences des HUG, puis était rentrée à domicile avec une antalgie par dérivés morphiniques. Le bilan d'imagerie, y compris CT- cérébral et cervical - avait montré des fractures de côtes, du sternum, du sacrum et du poignet droit. Pas de souvenir de céphalées. Pas de besoin de se mettre au calme, dans le noir, pas d'irritabilité par le bruit. Après sa reprise de travail, il lui semblait qu'elle présentait, déjà au début de l'automne 2014, des difficultés de concentration et de mémoire, qu'elle attribuait à la fatigue. Elle avait peur de reprendre le volant de son véhicule. Bien qu'elle ait rempli son cahier des charges de façon satisfaisante, elle avait été licenciée sans réel motif à la fin du mois de mars 2015. Malgré le repos, l'impression d'avoir des oublis persistait. Elle notait ses rendez-vous et pouvait perdre le fil de l'action en cours. Son époux décrivait un manque du mot, même pour les mots usuels. Elle avait notamment eu des difficultés à passer un entretien d'embauche en juin, où elle avait perdu ses moyens. Le sommeil était entrecoupé, son époux décrivait une irritabilité. Pas de céphalées. Toujours très gênée par les douleurs au sternum, en cours de bilan. Connue pour un diabète insulino-requérant depuis l'âge de 4 ans. Son traitement actuel se composait de Lysanxia (sommeil), insuline Humalog en pompe. Examen clinique, fonctions supérieures : D, orientée ; empan AV faible, à l'endroit à 4, dans la norme à l'envers à 4 ; test des cinq mots de Dubois : rappel immédiat 5/5 (grimace d'effort), différé 5/5. Serial' 7 sp (sans

particularité) ; neurologique : intègre sauf sensibilité au point d'émergence d'Arnold des deux côtés (ddc), et hyporéflexie globale et hypoesthésie piqûre cou de pied

G.![endif]>![if> 11. Par courrier du 28 août 2015, la CNA a interpellé le professeur I\_\_\_\_\_, et le docteur H\_\_\_\_\_, chirurgiens thoraciques, sollicitant un rapport de leur part, et leur détermination sur une proposition thérapeutique suite à la rechute du 7 mai 2015, et leur avis au sujet de l'IT en cours, respectivement au sujet du pronostic. Une copie du dossier était annexée à ces courriers. ![endif]>![if> 12. La Dresse D\_\_\_\_\_ a établi son rapport de rechute en date du 10 septembre 2015. Elle suivait la patiente dès le 7 mai 2015, en cours. Ce jour-là, elle éprouvait des douleurs sternales « +++ ». Quant aux diagnostics, la praticienne relève que selon le scanner la consolidation du sternum est imparfaite. Elle propose un nouveau scanner. La reprise du travail était possible à 100 % dès le (jour et mois illisibles, ...15).![endif]>![if> 13. Il ressort d'une note téléphonique du 19 octobre 2015 de la CNA avec la Dresse F\_\_\_\_\_ que l'assurée n'était venue à sa consultation qu'une seule fois, le 13 juillet 2015; elle avait transmis son rapport de consultation à la CNA, de sorte qu'elle ne fournirait pas de rapport intermédiaire. ![endif]>![if> 14. La Dresse G\_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation médicale le 27 octobre 2015, concernant l'IT de l'assurée. Après avoir énuméré les différents documents médicaux à disposition, de juin 2014 au 17 septembre 2015, le médecin d'arrondissement a relevé que l'assurée, victime d'un accident le 30 juin 2014, avait présenté un traumatisme crânien simple, une fracture du sternum, du sacrum, du poignet droit ainsi que des fractures de côtes à droite. Après un traitement conservateur elle avait pu reprendre une activité à 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014, après un épisode de reprise à 50 %. Elle avait été licenciée par son employeur. Une rechute avait été annoncée pour les douleurs sternales en mai 2015, le scanner thoracique montrant une consolidation imparfaite du sternum. À ce jour deux spécialistes en chirurgie thoracique proposés n'avaient pas pu recevoir la patiente, afin de déterminer s'il y avait une attitude thérapeutique particulière à proposer concernant le sternum. D'autre part, la patiente avait présenté divers troubles ayant nécessité une consultation neurologique (en l'état la Dresse F\_\_\_\_\_ ne retenait pas de relation directe entre le traumatisme crânien simple et les difficultés de concentration qui ont une coloration émotionnelle nette ; cependant elle proposait par acquit de sécurité une évaluation neuropsychologique). En l'état l'IT qui s'était installée dès le 12 mai 2015, bien qu'acceptée par le médecin d'arrondissement, est actuellement en relation avec des troubles d'ordre plutôt psychologiques. Aucune nouvelle lésion n'a été découverte, la non-consolidation totale du sternum n'intervient pas dans la capacité de travail (CT) d'un comptable. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015 l'IT est reconnue comme d'origine « maladie » et n'est donc plus à charge de la CNA. En l'état, les examens radiologiques ne sont pas au PACS. L'assurée semble devoir subir une intervention prochainement (by-pass gastrique), ce qui confirmerait une bonne adaptation pulmonaire et la non-nécessité d'un geste ou d'un traitement particulier sur le sternum. La rechute était dès lors actuellement terminée.![endif]>![if> 15. Le 24 novembre 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale digestive et cœlioscopique à Annemasse, a adressé à la Dresse D\_\_\_\_\_ un compte-rendu de consultation du 2 novembre 2015 : la patiente avait été opérée un mois avant (30 septembre 2015) d'une Sleeve gastrectomie, en raison d'une obésité morbide. Elle avait perdu 12 kg, avec un poids actuel de 96 kg. Elle avait revu la doctoresse M\_\_\_\_\_, endocrinologue, qui avait adapté les doses d'insuline passées de 46 unités à 24, sur 24 heures. La patiente avait de grandes difficultés à se réalimenter. Seuls les liquides passaient et en petites quantités. Même les purées liquides ne passaient pas. ![endif]>![if> 16. Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a signé un arrêt de travail à

100 % du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2015, avec reprise au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Cet arrêt de travail sera prolongé par la suite à de nombreuses reprises.!

Parallèlement, la Dresse E\_\_\_\_\_ a sollicité du docteur N\_\_\_\_\_, privat docent (PD), spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, une consultation spécialisée au sujet des douleurs sternales persistantes, consécutives aux fractures occasionnées par l'accident du 30 juin 2014. Il était invité à évaluer la patiente et discuter avec elle de l'indication à des investigations complémentaires, et d'une thérapie possible. 17. Le 15 décembre 2015, en réponse à une interpellation du conseil de l'assurée par courriel (11 décembre 2015), la CNA a indiqué que son service médical considérait que les troubles présents dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 n'étaient pas en lien avec l'événement du 30 juin 2014. Dans la perspective d'une décision elle sollicitait les coordonnées de l'assureur-maladie et de l'assureur perte de gain. Concernant la consultation spécialisée auprès du Dr N\_\_\_\_\_, l'assurée était invitée à indiquer si la date de la consultation était déjà fixée. !

18. Par courrier recommandé du 24 février 2016, la CNA a invité l'assureur perte de gain complémentaire LAA (HELVETIA) à prendre provisoirement en charge les prestations (indemnités journalières calendaires de CHF 199.50) de l'assurée, dans l'attente de la décision de la CNA.!

19. Le 16 mars 2016, le docteur O\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre conseil de la CNA, a rendu son rapport d'appréciation psychiatrique (sur dossier) aux fins de déterminer un éventuel lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident du 30 juin 2014. Sur la base des documents soumis, ce médecin estime manquer d'éléments pour pouvoir se prononcer sur la causalité naturelle, entre la présence de problèmes psychologiques et une prise de poids importante. Aucune indication figurant au dossier n'était susceptible de renseigner sur l'état antérieur de la patiente, à savoir par exemple si elle présentait déjà un important excès pondéral ou encore des troubles de conduite alimentaire. Il indiquait qu'un stressor comme un accident pouvait être à l'origine d'une anxiété et de conduite de type hyperphagie, voire de boulimie, et en tout état cet aspect devait être questionné et investigué. Il proposait d'interpeller la Dresse E\_\_\_\_\_ ; ce qu'a fait la CNA par courrier du 12 mai 2016.!

20. Par courrier du 23 mai 2016, l'OAI a sollicité de la CNA la copie de son dossier et le détail des incapacités de travail.!

21. Suite à un rappel du 11 juillet 2016, la Dresse E\_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire de la CNA : avant l'événement du 30 juin 2014, la patiente n'avait aucun problème psychologique ; ses comorbidités étaient un diabète de type I et une surcharge pondérale ; l'alimentation était contrôlée et équilibrée : la patiente, en raison de son diabète, avait toujours été attentive aux quantités, et notamment aux hydrates de carbone ; ce diabète était traité par pompe à insuline.!

22. Par courrier du 27 juillet 2016, le Dr O\_\_\_\_\_ a complété son évaluation sur la base des renseignements recueillis. En conclusion, il ne retenait pas de causalité naturelle entre la rechute et l'accident subi : le facteur déclencheur premier dans cette situation restait le licenciement brutal par l'employeur, même si celui-ci était intervenu peu après que l'assurée ait réussi à reprendre le travail, après avoir subi un événement déjà compliqué à gérer, à savoir un accident. Il s'agissait d'une patiente diabétique chez qui était apparue, sans que l'origine soit précisée, une importante prise de poids. Une chirurgie bariatrique avait déjà été envisagée en 2015.!

23. Par décision du 16 septembre 2016, après réexamen de sa responsabilité dans le cadre des suites de l'accident et de la rechute annoncée le 7 mai 2015, - au sujet de laquelle des réserves avaient été émises le 1<sup>er</sup> octobre 2015 - la CNA a conclu, selon l'appréciation de son psychiatre-conseil, que les troubles psychogènes annoncés lors de la rechute en mai 2015

n'étaient pas en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 30 juin 2014. Le dossier était dès lors clos avec effet au 30 septembre 2015 au soir, date à laquelle il était mis fin aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement). À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2015, l'IT et le traitement médical n'étaient donc plus à charge de l'assureur-accident, mais de l'assurance-maladie.![endif]>![if> 24. Le 23 septembre 2016, sur demande du conseil de l'assurée, la CNA lui a transmis copie de son dossier (CD-ROM).![endif]>![if> 25. Par courrier recommandé du 19 octobre 2016, l'assurée, agissant par son conseil, a formé opposition à la décision de la CNA du 16 septembre 2016. Elle a conclu préalablement au retour du dossier à la CNA Genève pour instruction complémentaire, en particulier s'agissant du rapport d'évaluation neuropsychologique établi par le cabinet de la Dresse F\_\_\_\_\_ ; et principalement à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'il soit dit que les conséquences de l'événement accidentel du 30 juin 2014 n'étaient pas closes au 30 septembre 2015, et en conséquence accorder toutes les prestations d'assurance à l'opposante depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015 (indemnités journalières et frais de traitement). La CNA s'appuyait sur les appréciations médicales de ses médecins-conseils (Dresse G\_\_\_\_\_ - 27 octobre 2015 -, et le Dr O\_\_\_\_\_ 27 juillet 2016) ; or celles-ci comportent des erreurs, voire des incohérences, étant même contradictoires par rapport à diverses pièces médicales du dossier ; et en tout état elles étaient lacunaires et non motivées: selon les rapports de la Dresse E\_\_\_\_\_, l'accident du 30 juin 2014 et la rechute ont entraîné des troubles importants de la santé de l'opposante (dérèglement diabétique, prise de « surpoids » (sic!), troubles psychologiques divers). Ces troubles, en particulier les difficultés de concentration, avaient été évoqués par la Dresse F\_\_\_\_\_ qui souhaitait mettre sur pied une évaluation neuropsychologique, laquelle a été effectuée. Or, aucun rapport ni pièces médicales y relatifs ne figurent actuellement au dossier de la CNA. Cette dernière ne s'était pas interrogée sur cette absence de renseignements médicaux, et n'avait interpellé ni la Dresse F\_\_\_\_\_, ni l'assurée. On ne saurait ainsi admettre la conclusion de la Dresse G\_\_\_\_\_ lorsqu'elle considère que dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 l'IT est d'origine malade. Quant à l'évaluation psychiatrique du 27 juillet 2016, on ne peut lui accorder le moindre crédit, étant pour le moins lacunaire. Ainsi l'instruction devait être complétée, en particulier s'agissant de la production du rapport d'évaluation neuropsychologique.![endif]>![if> 26. Par courrier du 21 octobre 2016, la CNA a accusé réception de l'opposition, et sollicité de l'assurée son dossier radiologique complet (cliché, rapports, CD).![endif]>![if> 27. Par courrier du 14 décembre 2016, la CNA a sollicité le rapport d'examen neuropsychologique du cabinet F\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 28. Le 19 décembre 2016, à la demande de la CNA, le Dr N\_\_\_\_\_ lui a communiqué copie de son rapport de consultation spécialisée du 25 janvier 2016, dont il ressort que la patiente avait récemment bénéficié d'une chirurgie bariatrique avec perte de poids conséquente. Elle avait l'impression que la situation s'améliorait clairement depuis. Cliniquement le médecin avait retrouvé une sensibilité à la palpation du sternum et des arcs costaux. Le bilan radiologique récent confirmait une parfaite guérison de la fracture. Il était conscient que la patiente présentait encore des douleurs de paroi. Elles avaient déjà commencé à s'améliorer et cette « embolie » (recte : embellie) se poursuivrait dans les mois à venir. Il n'avait pas de chirurgie particulière à proposer. Les douleurs de paroi céderaient avec la reprise des activités sportives.![endif]>![if> 29. Le rapport d'examen neuropsychologique du 17 août 2015 a été communiqué à la CNA le 11 janvier 2017. Ce rapport relève les renseignements anamnestiques médicaux relatifs aux suites de l'accident et précise que la patiente est connue pour un diabète insulino-requérant depuis l'âge de 4 ans

; il contient des informations sur le plan personnel, familial et professionnel ; il est observé que la patiente avait rapidement repris son travail après l'accident, de peur d'un licenciement ; elle avait dû beaucoup s'investir dès la reprise, en raison de l'absence de certains collègues, mais elle avait été licenciée en mars 2015 « sans réel motif » et se retrouvait actuellement sans travail ; quant aux plaintes et au comportement de l'assurée : spontanément elle pense avoir une moins bonne mémoire depuis l'accident, expliquant qu'elle perd ses mots, le fil du discours, oublie des rendez-vous et doit tout noter ; elle a également des pertes d'équilibre ; elle était très fatiguée avec des difficultés de concentration lorsqu'elle a repris son activité, mais admet qu'il y avait beaucoup de travail. Dans les entretiens d'embauche elle est moins bonne : autrefois elle était toujours engagée, ce qui n'est pas le cas maintenant. Son mari conforte ses dires, et la trouve aussi plus irritable. Sur question, elle n'est pas plus sensible au bruit, elle s'organise mal, n'est pas particulièrement angoissée, sauf en voiture ; elle est plus lunatique. Au début de l'examen elle est très ralentie aux épreuves de mémoire et de fonctions exécutives, ce ralentissement ne se retrouvant pas aux épreuves d'attention. De même elle commence à remplir la fiche de signalement très lentement, puis accélère ; la lecture continue est lente mais la lecture d'un texte est tout à fait correcte. Lorsque l'examineur lui signale cette observation en fin d'examen, elle précise qu'elle a toujours besoin de faire au mieux. Le rapport consigne le résultat de l'examen neuropsychologique. En conclusion les auteurs du rapport observent qu'il n'y a pas de troubles du langage oral et écrit ; pas de troubles du calcul, des gnosies et des praxies ; pas de troubles visuo-constructifs ; empan verbal déficitaire ; mémoire de travail verbale et visuo-spatiale dans les normes ; mémoire épisodique verbale dans les normes inférieures, avec une reconnaissance déficitaire ; pas de troubles exécutifs ; pas de difficultés attentionnelles au test de la TAP ; pas de ralentissement dans le test des cloches, dans l'écriture d'un texte, le calcul, la planification, les réponses à un questionnaire. Un ralentissement important dans les épreuves mnésiques, la fluence visuo-spatiale, le TMT, la lecture continue ; pas de fatigabilité ; indice d'anxiété limite. En résumé, les tests psychométriques montrent un déficit au niveau de l'empan verbal, de la mémoire épisodique visuo-spatiale et de la reconnaissance en mémoire verbale, mais l'examen reste cependant contradictoire : le tableau mnésique est particulier : la courbe d'apprentissage est relativement plate aussi bien en verbal qu'en visuo-spatial, avec toujours les mêmes items retrouvés, et la reconnaissance dans les deux cas est insuffisante, ce qui n'est pas habituel. On note des ralentissements qui ne sont pas constants : la patiente lit très lentement dans le test du stroop ; par contre elle lit correctement le texte demandé et le questionnaire de la HAD. Elle commence à écrire son nom très lentement puis accélère, et ensuite écrit un résumé dans un temps correct. Les épreuves du TMT et de la fluence visuo-spatiale sont effectuées lentement ; il n'y a pas de ralentissement dans d'autres épreuves graphiques. Par ailleurs la patiente comprend très rapidement le test du zoo et le résout très facilement, sans aucun ralentissement et sans hésitation. Cet examen reste difficile à interpréter et ne correspond pas à un tableau classique après un accident en dehors de la difficulté de l'empan verbal qui se retrouve parfois dans ce cadre-là. La patiente s'en explique en disant avoir voulu faire de son mieux durant l'examen, d'où cette lenteur. Il y a probablement une inquiétude importante qui intervient dans ses résultats, mais cela empêche d'avoir accès aux aptitudes de la patiente. Si les plaintes devaient se poursuivre, la patiente pourrait être revue d'ici à une année.!

> 30. La CNA a soumis le dossier au docteur P\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique : en ce qui concerne la fracture du sternum, ce médecin conclut que le retard de consolidation n'aurait pas empêché

l'assurée de continuer à travailler à plein temps en qualité de comptable. Après avoir inventorié et résumé les pièces médicales figurant au dossier, ainsi que l'imagerie, le médecin d'arrondissement a rappelé les lésions occasionnées par l'accident de juin 2014, et noté la persistance d'une symptomatologie algique sternale. L'assurée avait pu reprendre une activité à 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 des suites de l'événement du 30 juin 2014, mais elle avait été en arrêt de travail pour motif maladie dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015 (traitement en relation avec une obésité morbide). Le bilan radiologique met en évidence une consolidation des fractures. [endif]>[if> 31. Par décision sur opposition du 23 mars 2017, la CNA a rejeté l'opposition. Après avoir rappelé les dispositions légales pertinentes, et les principes de jurisprudence propres à déterminer le lien de causalité adéquate en matière de troubles psychiques, elle indique avoir renoncé à des investigations supplémentaires sur le plan psychique, contrairement à ce que souhaitait l'opposante : en effet, quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate doit être nié dans le cas d'espèce. Sur le plan neuropsychologique et sur la base de l'examen pratiqué le 17 août 2015, il est patent que l'assurée ne présente pas de séquelles organiques accidentelles cérébrales. L'examen neuropsychologique ne correspond par ailleurs pas à un tableau clinique classique après un accident, en dehors de la difficulté dans l'empan verbal qui se retrouve parfois dans ce cadre-là ; et là encore l'avis de la Dresse E\_\_\_\_\_ ne résiste pas à l'appréciation du médecin d'arrondissement, sur opposition. Enfin le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 25 janvier 2016 que le bilan radiologique récent confirmait une parfaite guérison du sternum, et que les douleurs de paroi céderaient à la reprise des activités sportives. La CNA a en outre rappelé les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement. [endif]>[if> 32. Par mémoire du 8 mai 2017, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut préalablement à la mise en place d'une expertise psychiatrique, et le cas échéant à ce que soit déterminé le degré d'atteinte à l'intégrité (IPAI) ; et principalement à l'annulation de la décision entreprise, qu'il soit dit que les conséquences de l'événement accidentel du 30 juin 2014 ne sont pas closes au 30 septembre 2015, et enfin que toutes les prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) soient accordées à la recourante depuis 1<sup>er</sup> octobre 2015, avec suite de frais et dépens. Elle invoque le grief de violation du droit d'être entendue, d'une part en tant que l'intimée a sollicité le rapport d'examen neuropsychologique pendant la phase d'opposition, - conformément à ce que demandait la recourante -, mais n'en avait pas transmis copie à l'assurée, et sans commentaire ou critique de ce rapport avant de rendre sa décision sur opposition. L'absence de transmission dudit rapport à l'assurée violait son droit d'être entendue, de sorte que la décision doit être annulée. Le même grief s'attache à l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement pendant la procédure d'opposition, non transmise à la recourante avant sa décision sur opposition. Elle reproche encore à l'intimée de minimiser l'importance de l'accident du 30 juin 2014. Elle estime que le choc frontal était tel que cet accident peut encore être qualifié de gravité moyenne se situant à la limite de l'accident grave. Se référant encore au rapport d'examen neuropsychologique de la Dresse F\_\_\_\_\_, la recourante considère que ce médecin aurait, en guise de conclusion, estimé qu'au vu de la situation, un nouvel examen pouvait être effectué, cas échéant d'ici une année, soit in concreto au mois d'août 2016, examen qui n'avait pas eu lieu, ni même été proposé par l'intimée. [endif]>[if> 33. L'intimée a répondu au recours, par mémoire du 6 juillet 2017. Elle conclut au rejet du recours. La décision entreprise a exclu tout substrat organique aux troubles neuropsychologiques évoqués par la Dresse F\_\_\_\_\_, à l'instar de cette dernière qui a

retenu que l'assurée n'avait pas perdu connaissance lors de l'accident, et que l'imagerie n'avait pas mis en évidence de lésions cérébrales. La recourante reproche en vain à l'intimée d'avoir renoncé à poursuivre la prise en charge auprès de la Dresse F\_\_\_\_\_ : en effet, les circonstances d'espèce ne permettent pas d'admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident assuré et les éventuels troubles sans substrat organique persistant au 30 septembre 2015. Pour le surplus la recourante ne remet pas en cause la stabilisation au 30 septembre 2015 des lésions somatiques consécutives à l'accident, et ne soutient pas que ses seules lésions physiques entraîneraient des limitations fonctionnelles incompatibles avec sa profession de comptable. ![/endif]>![if> 34. La recourante a répliqué par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2017. Elle persiste intégralement dans les conclusions de son recours. A la suite de sa longue IT, elle avait déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) le 20 mai 2016. Le 16 juin 2017, l'OAI lui avait communiqué un projet d'acceptation de rente. Selon le SMR il lui était reconnu dès le 30 juin 2014 (début du délai d'attente) une IT de 100 % dans toute activité. ![/endif]>![if> Elle avait produit divers documents médicaux à l'OAI : - le 10 mai 2017, la doctoresse M\_\_\_\_\_, du service de diabétologie du centre hospitalier Alpes Léman (CHAL), avait rempli un questionnaire médical à l'intention de l'OAI, qui retenait le diagnostic de diabète déséquilibré à la suite d'un accident (30 juin 2014) avec hypoglycémies sévères récurrentes. Elle avait subi plusieurs hospitalisations, du 29 août au 2 septembre et du 19 au 23 septembre 2016, ainsi que du 10 au 14 avril 2017. Le traitement consistait dans une insulinothérapie par pompe sous-cutanée à insuline ; la patiente était inapte au travail depuis mai 2015 à raison d'un risque majeur d'hypoglycémies, voire d'hypoglycémies sévères avec troubles de la conscience, imprévisibles. La reprise du travail n'était pas exigible à l'heure actuelle, en raison d'un risque hypoglycémique. Le rendement était réduit en raison du ralentissement en situation d'hypoglycémie ;![/endif]>![if> - un rapport de consultation spécialisée de la mémoire du 4 août 2017, du service de neurologie unité neuro-vasculaire du CHAL (doctoresse Q\_\_\_\_\_). Connue pour un diabète de type I insulino-dépendant compliqué par de nombreuses hypoglycémies sévères finissant parfois en troubles de la vigilance, et des convulsions nécessitant des injections de Glucagon. La patiente constate en outre des difficultés de mémoire à court terme qui s'installent progressivement suite à son accident d'il y a trois ans. Elle a plus de difficultés à se rappeler des prénoms des personnes, beaucoup plus de difficultés avec les chiffres alors qu'elle est comptable et que cela ne lui pose normalement aucun problème ; elle se rappelle même de numéros de comptes entiers ; elle a besoin parfois de réfléchir à comment fonctionnent certaines choses qui étaient automatiques auparavant. Evoquant le résultat des tests, la Dresse Q\_\_\_\_\_ observe que le bilan de dépistage lui montre quelques difficultés notamment de mémoire de travail ce qui, du point de vue du médecin, vu l'âge et le niveau de scolarité de la patiente, nécessiterait d'être approfondi. Une grande partie de ces troubles est probablement en rapport avec des hypoglycémies fréquentes (deux à trois fois par semaine), et qui peuvent être assez importantes ; et possiblement également une partie de ses troubles cognitifs sont en rapport avec le traumatisme vécu suite à l'accident. Pour étayer un peu ces troubles cognitifs, elle lui fait faire une IRM cérébrale, et un bilan neuropsychologique approfondi à comparer à celui effectué en Suisse, ainsi qu'une prise de sang.![endif]>![if> La recourante indique encore avoir subi une intervention chirurgicale au CHAL, le 21 août 2017, où elle est encore hospitalisée (à l'époque). Elle produit à cet égard un compte rendu-opératoire daté du 22 août 2017. L'intervention a consisté en une abdominoplastie avec transposition de l'ombilic et lipoaspiration, suite à un amaigrissement massif post-chirurgie bariatrique

Sleeve; poids actuellement stabilisé résultant à un tablier abdominal. Fort de ce qui précède, elle estime établi par l'ensemble des pièces médicales que l'accident du 30 juin 2014 a causé des lésions somatiques sévères. Si certaines de ces lésions ont été stabilisées (fracture costale et sternum), elle subit en revanche toujours les conséquences, indiscutablement liées, selon elle, au dérèglement important du diabète dont elle est affectée. À quoi s'ajoutent encore des troubles psychiques non négligeables. A la lumière de la position de l'OAI, la très longue IT qu'elle subit sans discontinuer est à mettre au compte des séquelles de l'accident de juin 2014. Elle en conclut que les décisions successives de la CNA, des 16 septembre 2016 et 23 mars 2017 ne sont pas fondées. 35. L'intimée a dupliqué par courrier du 29 septembre 2017. Elle persiste intégralement dans ses conclusions. Dans sa réplique, la recourante se prévaut essentiellement d'une décision de l'OAI pour contester la position de la CNA relative à sa CT. Il ne s'agit toutefois pas là de circonstances décisives, dès lors que l'assurance-accidents n'est pas liée par les décisions émanant d'autres assureurs sociaux. Néanmoins, en vue de répondre en toute connaissance de cause aux griefs de la recourante, l'intimée requiert la production, dans la présente procédure, du dossier AI de l'assurée.![endif]>![if> 36. Par ordonnance du 2 octobre 2017, le président de la chambre de céans a ordonné à l'OAI de Genève de produire son dossier au sujet de la recourante.![endif]>![if> 37. A réception du dossier de l'OAI, la chambre de céans a invité les parties à lui faire part de leurs éventuelles observations.![endif]>![if> 38. L'intimée s'est déterminée par courrier du 15 novembre 2017. Elle persiste intégralement dans ses conclusions. Les circonstances justifiant l'octroi d'une rente AI complète ne sont pas pertinentes pour la présente cause. À suivre les médecins du SMR, l'assurée présente une IT complète depuis l'accident du 30 juin 2014. Cette incapacité se justifie toutefois essentiellement en raison des troubles psychiques dont la patiente est atteinte. Faute toutefois d'être en relation de causalité avec l'événement assuré, ces troubles n'engagent pas la responsabilité de l'intimée. Contrairement à ce que soutient la recourante dans son écriture du 1 er septembre 2017, l'assureur-accident n'a pas non plus à répondre de l'aggravation du diabète. Comme l'a expliqué la Dresse E\_\_\_\_\_, une aggravation doit en effet être mise sur le compte de la prise de poids subie par l'assurée en raison de ses atteintes psychiques.![endif]>![if> 39. Par courrier du 15 novembre 2017, la recourante a présenté ses observations. Pour l'essentiel le dossier de l'OAI est composé des pièces médicales transmises par la CNA. Les différents médecins qui se sont prononcés, soit, entre autres, les Drs E\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ (recte: neuropsychologue), D\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, et R\_\_\_\_\_ (psychiatre traitant depuis le 23 février 2016) ont conduit le SMR à admettre une IT totale depuis le 30 juin 2014 et, par conséquent, l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 %.![endif]>![if> La recourante vise en particulier le rapport final du SMR (Dr S\_\_\_\_\_) du 15 juin 2017 et les rapports médicaux des Drs R\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ : ainsi les appréciations médicales de ses médecins traitants et du SMR d'une part, et des médecins d'arrondissement de la CNA (Drs G\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_) d'autre part, diffèrent fondamentalement, de sorte que les conditions sont manifestement données pour que soit ordonnée une expertise judiciaire. 40. Sur quoi la chambre de céans a indiqué aux parties que la cause était 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 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA

- RS 832.20).!]> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à

61 LPGA). !]> 3. a. À titre préalable, la recourante fait valoir une violation

de son droit d'être entendue. Elle allègue d'une part que l'intimée a sollicité le rapport d'examen neuropsychologique pendant la phase d'opposition, - conformément à ce qu'elle demandait dans son courrier d'opposition -, mais ne lui en n'a pas transmis copie, et ne l'a pas commenté ou critiqué avant de rendre sa décision sur opposition ; elle reproche d'autre

part à l'intimée de ne pas lui avoir soumis l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement pendant la procédure d'opposition, et en conséquence de n'avoir pu se prononcer sur ces deux éléments avant la décision sur opposition.!]> b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 124 V 90 consid. 2). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa); même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c). c. En l'espèce, l'intimée a rendu la décision litigieuse après avoir sollicité, dans le cadre de l'opposition de l'assurée, le rapport d'évaluation neuropsychologique du 17 août 2015, effectuée le jour-même par Mme J\_\_\_\_\_ à la demande de la Dresse F\_\_\_\_\_, de même que le rapport de consultation spécialisée du Dr N\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2016, sans, il est vrai, les avoir transmis préalablement à la recourante. On a peine à suivre l'argumentation de la recourante : cette dernière est en effet représentée par un mandataire expérimenté depuis le 11 août 2015, date de son premier courriel à l'intimée. Il a régulièrement communiqué avec la CNA, lui transmettant les informations qu'il jugeait utile ou que l'intimée sollicitait ; il avait accès au dossier de l'assureur-accident, n'a pas manqué d'en solliciter la copie lorsque cela lui a semblé utile, notamment le 22 septembre 2016 à réception de la décision du 16 septembre. Or, s'agissant du rapport d'évaluation neuropsychologique, la recourante s'est plainte dans son courrier d'opposition du 19 octobre 2016 de l'absence de ce document dans le dossier de la CNA, considérant en cela que l'instruction était insuffisante, et qu'en conséquence le dossier devait être retourné à la CNA Genève pour complément d'instruction en particulier

en relation avec ce rapport d'évaluation. Non seulement il pouvait s'attendre à ce qu'au stade de l'instruction de l'opposition la CNA se procure ce rapport, mais d'un autre côté, il apparaît étonnant que la recourante elle-même, qui avait consulté la Dresse F\_\_\_\_\_ et avait subi cette évaluation le 17 août 2015 déjà, alors qu'elle était déjà représentée par son conseil, n'ait pas cru bon solliciter elle-même ce rapport, si ce n'est directement, via son médecin traitant ou son conseil ; il est en effet peu vraisemblable qu'elle ne l'ait pas reçu directement, ou qu'elle n'ait pas sollicité ce rapport, alors qu'elle a en revanche pris soin de faire suivre les factures y relatives à la CNA, dès le début octobre 2015. Si, selon son appréciation, ce rapport était si important, au lieu de se plaindre de ce qu'il ne figurait pas au dossier au moment où la décision du 16 septembre 2016 a été prise, elle était en mesure de le produire directement, et d'argumenter dans le cadre de cette opposition, par rapport à ce document. La même interrogation se pose vis-à-vis du rapport de consultation du Dr N\_\_\_\_\_, datant quant à lui du 25 janvier 2016, soit près de huit mois avant la décision initiale de la CNA, mettant un terme à ses prestations avec effet au 30 septembre 2015. Quoi qu'il en soit, et conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, la recourante a eu tout loisir de se prononcer au sujet de ces documents, dans le cadre de son recours, et tout au long de la procédure judiciaire, de sorte qu'à supposer que l'on dût retenir une violation du droit d'être entendu, celui-ci doit être considéré comme réparé. On doit aboutir à la même conclusion, s'agissant de la dernière appréciation du service médical de l'intimée, du 13 mars 2017 par le médecin d'arrondissement spécialiste en chirurgie orthopédique (Dr P\_\_\_\_\_) : dans le but de rendre sa décision la CNA a soumis une nouvelle fois l'ensemble du dossier à son service médical, à la fin de l'instruction sur opposition. S'agissant toutefois d'une évaluation interne à l'assureur-accidents, fondée sur le dossier et en particulier sur les documents médicaux recueillis, - dont le but est d'apporter l'avis du spécialiste (médecin) à l'assureur, pour l'aider à rendre sa décision, on voit mal que l'assureur soit tenu de soumettre encore à l'assuré ce dernier avis médical, pour qu'il se prononce encore à son sujet, avant qu'il rende sa décision sur opposition, au risque de prolonger indéfiniment la procédure - d'opposition dans le cas d'espèce -; du reste cet avis médical a été transmis à la recourante en annexe à la décision entreprise. De ce point de vue, le droit d'être entendu est garanti par la voie du recours contre la décision sur opposition. Toute autre est la question de la valeur probante de cet avis médical, cet aspect n'ayant pas d'incidence sur l'examen de la violation alléguée du droit d'être entendu. S'il est vrai que l'assurée ne s'est vu communiquer les documents litigieux, par l'intimée, qu'après le prononcé de la décision querellée du 23 mars 2017, - indépendamment de la question de savoir si elle en avait connaissance préalable, (rapport d'examen neuropsychologique du 17 août 2015 et rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2016) -, force est toutefois de constater que la recourante a eu accès à l'intégralité du dossier dans le cadre de la présente procédure, et qu'elle a ainsi pu se déterminer, par devant la Cour de céans, laquelle jouit d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Ainsi, une éventuelle violation de son droit d'être entendu doit être considérée comme réparée. Mal fondé, ce grief est rejeté. 4. 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.!

!>[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). La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 septembre 2015, singulièrement de savoir si les atteintes à la santé dont la recourante est atteinte, au-delà de cette date, entrent dans une relation de causalité adéquate avec l'événement du 30 juin 2014. 6. 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). 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). 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 condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à

l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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). 8. 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). 9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). 10. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 10. 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 140 V 356 consid. 5.3; 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 ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3).>[if> 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. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc 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 le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dite, il faut un cumul de 3 critères sur les 7 ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêts 8C\_ 196/2016 du 9 février 2017 consid. 4; 8C\_ 897/2009 du 29 janvier 2010 consid 4.5 in SVR 2010 UV N° 25 p.100ss) Le critère relatif aux circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou au caractère particulièrement impressionnant de l'accident doit être examiné d'une manière objective et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, 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 (RAMA 1999 n° U 335 p. 207). La jurisprudence du Tribunal fédéral relative à des cas où il a considéré que l'accident automobile concerné, avec collision frontale, devait être considéré comme de gravité moyenne stricto sensu, excluant le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques persistants est abondante: voir notamment les arrêts U 322/06 du 16 octobre 2006 consid 3; U 220/01 du 29 mai 2002 consid 5b; U 24/01 du 2 juillet 2001 consid.4; U 478/00 du 21 juin 2001 consid 4 ; U 310/00 du 5 juin 2001 consid. 4a; U 94/00 du 2.11. 2000 consid 2b ; En revanche, le Tribunal fédéral a notamment considéré comme un accident de gravité moyenne à la limite du cas grave, qui s'était déroulé dans la situation suivante: le véhicule, dans lequel l'assurée occupait la place du passager avant, a été heurté de front par une voiture venant en sens inverse, dont le conducteur avait perdu la maîtrise en raison de la chaussée enneigée et qui avait traversé la route. Transportée à l'Hôpital où les médecins avaient diagnostiqué plusieurs fractures (des deux pédicules de la vertèbre cervicale C2, fractures du transverse du radius distal et du tiers moyen du sternum) et prescrit le port d'une minerve, ainsi qu'un traitement antalgique. (U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 5.2.1). À la différence du cas d'espèce toutefois, il était question dans l'arrêt en question, de l'existence reconnue d'un traumatisme cervical de type «coup du lapin», la comparaison valant ainsi surtout par rapport à la manière dont l'accident s'est déroulé. 11. 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). !endif>![if> 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

12. 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).

13. 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 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). 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).

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 30 novembre 2004 consid. 1.3). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). 14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 15. 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). 16. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas

applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

17. En l'espèce, dès son opposition à la décision de la CNA Genève du 16 septembre 2016, (de clore le cas avec effet au 30 septembre 2015, l'IT et le traitement médical n'étant plus à la charge de l'assurance-accidents dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015), la recourante a contesté la valeur probante des avis exprimés successivement par les médecins d'arrondissement de l'intimée. Elle y voit même des contradictions entre deux avis d'un même médecin.

a. Il convient donc de rappeler que l'accident à la base de la présente cause est survenu le 30 juin 2014, la recourante ayant été victime de fractures du sternum, du sacrum et des styloïdes radiale et ulnaire du bras droit suite à un choc frontal entre deux voitures. Elle a quitté l'hôpital le 1<sup>er</sup> juillet 2014, au bénéfice d'un traitement conservateur et antalgique pour les fractures du sternum et sacrée, et d'un plâtre BAB (brachio-antibrachial) pour les fractures du poignet droit. Elle a pu reprendre le travail à 50 % le 11 août 2014, et à plein-temps le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Le 5 janvier 2015 le traitement médical était achevé. Une nouvelle incapacité de travail (rechute) est survenue dès le 7 mai 2015. Un scanner thoracique effectué le 19 mai 2015 avait conclu à un aspect de consolidation imparfaite du sternum, avec surtout une petite solution de continuité et un décalage au niveau de sa partie postérieure.

b. Dans une brève prise de position du 24 août 2015, la doctoresse G \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a sommairement répondu à quatre questions de la gestionnaire du dossier : à la question de savoir si la rechute annoncée le 7 mai 2015 était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 30 juin 2014, elle a répondu « oui » ; à celle de savoir si la nouvelle IT à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015 était justifiée, elle a répondu : « probablement oui » ; quant au pronostic, elle a indiqué que la patiente devait être examinée par un chirurgien thoracique (Dr H \_\_\_\_\_, Dr I \_\_\_\_\_), à qui il conviendra de demander s'il avait des propositions thérapeutiques, et s'il estimait que l'IT est encore justifiée, avec quel pronostic. Enfin, à la question de savoir s'il y avait lieu de convoquer l'assurée à l'agence pour un examen médical, elle a répondu : « si nec après évaluation du chir thoracique » ; en d'autres termes si cette consultation n'apportait pas de réponses concrètes sur le plan chirurgical, un examen par le service médical de la CNA pourrait être envisagé. Il s'agissait d'une première évaluation, *prima facie*, uniquement basée sur l'aspect de chirurgie thoracique, en relation avec les douleurs persistantes annoncées à ce niveau, ceci sur la base des premiers documents médicaux à disposition à ce moment-là. Il était logique que ce médecin, spécialiste en chirurgie, ne se prononçât que par rapport à son domaine de compétence spécifique, sans avoir à évoquer à ce stade les autres aspects (prise de poids, troubles de la concentration, etc.), dès lors qu'il lui apparaissait a priori fondé d'entrer en matière dans le cadre d'une rechute, sous réserve des résultats de la suite de l'instruction médicale.

c. L'évolution de l'instruction médicale a conduit l'intimée à attirer l'attention de la recourante, par courriel du 1<sup>er</sup> octobre 2015 à son conseil : à défaut de renseignements médicaux détaillés concernant les affections communiquées, la CNA émettait toutes réserves quant à l'éventuelle prise en charge de ces frais.

d. Lors de sa seconde appréciation médicale du 27 octobre 2015, concernant l'IT de l'assurée, la Dresse G \_\_\_\_\_ s'est en revanche prononcée de façon plus circonstanciée et motivée : après avoir énuméré les différents documents médicaux à disposition, de juin 2014 au 17 septembre 2015, elle a rappelé qu'après un traitement conservateur elle avait pu

reprendre une activité à 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Elle avait, par la suite (mars 2015), été licenciée par son employeur. Une rechute avait été annoncée pour les douleurs sternales en mai 2015, le scanner thoracique montrant une consolidation imparfaite du sternum. À ce jour deux spécialistes en chirurgie thoracique proposés n'avaient pas pu recevoir la patiente, afin de déterminer s'il y avait une attitude thérapeutique particulière à proposer concernant le sternum. Elle relevait d'autre part, que la patiente avait présenté divers troubles ayant nécessité une consultation neurologique (la Dresse F\_\_\_\_\_ ne retenait pas de relation directe entre le traumatisme crânien simple (sans perte de connaissance et sans notion de commotion cérébrale) et les difficultés de concentration qui ont une coloration émotionnelle nette ; cependant elle proposait par acquit de sécurité une évaluation neuropsychologique). En revanche, la Dresse F\_\_\_\_\_ relevait qu'en l'état l'IT qui s'était installée dès le 12 mai 2015, bien qu'acceptée par le médecin d'arrondissement, est actuellement en relation avec des troubles d'ordre plutôt psychologiques. Aucune nouvelle lésion n'avait été découverte, la non-consolidation totale du sternum n'intervenait pas dans la capacité de travail (CT) d'un comptable. Elle concluait donc que depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015 l'IT devait être reconnue comme d'origine « maladie » et n'était donc plus à charge de la CNA. L'assurée semblait devoir subir une intervention prochainement (chirurgie bariatrique), ce qui confirmerait une bonne adaptation pulmonaire et la non-nécessité d'un geste ou d'un traitement particulier sur le sternum (ce qui initialement était l'objet de la demande du médecin traitant de consultation spécialisée au chirurgien thoracique). La rechute était dès lors actuellement terminée. e. Ainsi, contrairement à ce qu'a tenté de soutenir la recourante, les avis successifs de la Dresse G\_\_\_\_\_ ne sont en rien contradictoires : ce médecin a d'ailleurs expliqué de façon convaincante, dans son second avis, les raisons pour lesquelles, la rechute, bien qu'acceptée par elle, dans un premier temps, devait être considérée comme terminée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'IT persistante devant être mise en relation plutôt avec des troubles d'ordre psychologique ; d'autant que parmi les troubles annoncés depuis le printemps 2015, la patiente avait été adressée à la consultation spécialisée en neurologie, la Dresse F\_\_\_\_\_ ne retenant pas, dans ce contexte, de relation directe entre le traumatisme crânien simple (sans perte de connaissance), et les difficultés de concentration et autres plaintes de la patiente, celles-ci ayant une coloration émotionnelle nette. f. C'est donc dans ce contexte que l'aspect somatique et en particulier les suites traumatiques de l'accident étant résolus, la suite de l'instruction, avant la décision du 16 septembre 2016, puis dans le cadre de l'opposition, s'est concentrée sur les autres plaintes et troubles signalés dans le courant de l'année 2015, en particulier dans le contexte psychique. L'évaluation de l'aspect somatique (thoracique) et ses conséquences sur l'état de santé de la patiente, par la Dresse G\_\_\_\_\_ a d'ailleurs été confirmée par le rapport de consultation spécialisée du Dr N\_\_\_\_\_, du 25 janvier 2016 - lequel constatait une sensibilité à la palpation du sternum et des arcs costaux, mais une parfaite guérison de la fracture, les douleurs résiduelles de paroi devant céder avec la reprise des activités sportives -, mais également par l'appréciation du Dr P\_\_\_\_\_, autre médecin d'arrondissement, du 15 mars 2017, qui a conclu que le retard de consolidation de la fracture sternale n'aurait pas empêché l'assurée de continuer à travailler à plein temps en qualité de comptable. On relèvera d'ailleurs qu'aucun des médecins traitants de la recourante n'a véritablement remis en cause, et en tout état de façon convaincante, les conclusions du service médical de l'intimée. 18. S'agissant dès lors d'examiner les plaintes ou atteinte à la santé évoquée dans le cadre de la rechute, et en particulier sous l'angle psychologique ou psychique, au vu des évaluations médicales des médecins traitants, notamment de la Dresse E\_\_\_\_\_ (diabétologue), - qui

indiquait dans sa demande de consultation spécialisée au Dr N\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2015, que la patiente avait eu une importante prise de poids, suite aux conséquences psychologiques et limitations physiques dues à l'accident -, l'intimée a sollicité l'appréciation psychiatrique du cas par son psychiatre conseil, le Dr O\_\_\_\_\_, afin de déterminer s'il existait un lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident survenu le 30 juin 2014. a. Ce dernier, dans un premier temps (appréciation psychiatrique du 9 mars 2016), se fondant sur l'avis susmentionné de la Dresse E\_\_\_\_\_, a considéré qu'il manquait d'éléments pour pouvoir établir un éventuel lien de causalité naturelle entre la présence de problèmes psychologiques et une prise de poids importante. Il relevait en particulier qu'il n'y avait aucune indication quant à l'état antérieur de la patiente, notamment si elle présentait déjà un important excès pondéral ou encore des troubles de conduite alimentaire ou pas. À ce stade il retenait comme « possible » qu'un stressor comme un accident soit à l'origine d'une anxiété et de conduites de type hyperphagie, voire boulimie. Il proposait donc de questionner le médecin traitant quant à l'aspect psychologique qui serait selon elle la cause d'une prise pondérale aussi importante et quel était le poids/les conduites alimentaires de l'assurée avant l'accident. Ce rapport échappe à toute critique : il témoigne au contraire du souci de pouvoir disposer de tous les éléments nécessaires pour pouvoir se déterminer en pleine connaissance de cause sur la question de savoir si l'accident pouvait être à l'origine des troubles décrits, de façon seulement « possible » au contraire, de façon « probable ». b. Fort des renseignements reçus de la Dresse E\_\_\_\_\_, - qui a indiqué en substance qu'avant l'événement du 30 juin 2014 la patiente ne présentait aucun problème psychologique ; que les comorbidités préexistantes à l'accident étaient celles de diabète de type I et surcharge pondérale ; avant l'accident la patiente avait une alimentation contrôlée équilibrée, étant diabétique et ayant toujours été attentive aux quantités, notamment hydrates de carbone, pour l'équilibre de son diabète -, le Dr O\_\_\_\_\_ a rendu une seconde appréciation psychiatrique, le 27 juillet 2016. Il a tout d'abord résumé les antécédents de l'assurée, sur la base des pièces communiquées : assurée âgée de 42 ans, il a indiqué les lésions traumatiques occasionnées par cet accident et note, comme séquelles, l'apparition d'une symptomatologie algique. Il a également tenu compte du fait que cette patiente est diabétique, traitée sous pompe à insuline, chez qui est apparue, sans que l'origine ne soit précisée par la Dresse E\_\_\_\_\_, une prise de poids importante, une chirurgie bariatrique ayant déjà été envisagée en 2015. Il a relevé également que l'état de santé de la patiente avait évolué favorablement, avec une reprise de l'activité professionnelle à trois mois (recte : deux - 1<sup>er</sup> septembre) après l'accident, en septembre 2014. Il relève en revanche que la rechute semble avoir été annoncée suite à son licenciement par l'employeur, la Dresse G\_\_\_\_\_ notant dans son rapport du 27 octobre 2014 (recte : 2015), avant tout la présence d'une symptomatologie psychologique avec une coloration émotionnelle nette et des difficultés de concentration, qui seraient plutôt la cause de la rechute, d'autant que l'intéressée se trouvait déjà en surcharge pondérale avant la survenance de l'accident. En conclusion, il ne retenait pas la causalité naturelle entre la rechute et l'accident subi, car pour lui le facteur déclencheur premier, dans cette situation, restait le licenciement brutal par l'employeur, même si celui-ci intervenait peu après que la patiente ait réussi à reprendre le travail après un événement (l'accident) déjà compliqué à gérer. C'est sur cette base que l'intimée a rendu sa décision du 16 septembre 2016, considérant que les troubles psychogènes annoncés lors de la rechute en mai 2015 n'étaient pas en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 30 juin 2014. Certes, le rapport d'appréciation du psychiatre-conseil est relativement concis, et résulte de

l'examen du dossier. Il n'empêche qu'il se fonde sur l'étude de l'ensemble du dossier, respectivement de tous les éléments pertinents pour que le médecin ait pu se forger une opinion claire et convaincante. Même s'il n'a pas mentionné expressément dans son rapport le contenu de tous les documents médicaux à disposition, les avis exprimés par la Dresse E\_\_\_\_\_ mais également celui de la Dresse F\_\_\_\_\_, ont été pris en compte, psychiatre conseil se rapportant à l'appréciation de la Dresse G\_\_\_\_\_ qui s'y référait. La chambre de céans considère dès lors que l'appréciation du psychiatre conseil de l'intimée est convaincante, son rapport pouvant se voir accorder une pleine valeur probante. N'en déplaise à la recourante, le fait que le Dr O\_\_\_\_\_ ne l'ait pas examinée personnellement n'y change rien. Et en tout état, la question de la causalité naturelle pourrait rester indécise, dès lors que, comme on le verra, le lien de causalité adéquate ne saurait être retenu en l'espèce (voir ATF 135 V 465 consid. 5.1 p. 472; arrêt du TF 8C\_434/2013 du 7 mai 2014 consid.7.1). c. L'intimée a donc mis un terme au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) au 30 septembre 2015 inclusivement, considérant d'une part que les troubles organiques que présentait l'assurée n'intervenaient plus dans la CT d'un comptable, ne justifiaient plus de traitement médical, les conséquences délétères de l'accident du 30 juin 2014 étant éteintes ; d'autre part, selon l'appréciation médicale du psychiatre-conseil, les troubles psychogènes annoncés lors de la rechute, en mai 2015, n'étaient pas en relation de causalité naturelle pour le moins probable, avec l'accident. La CNA est arrivée à la même conclusion, sur opposition. Le fait qu'entre-temps, et en instruisant l'opposition, l'intimée - répondant à une objection de l'opposante - se soit procuré le rapport de l'évaluation neuropsychologique évoqué par la Dresse F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 juillet 2015 est au demeurant sans incidence sur l'issue du litige. En effet, on comprend objectivement que le premier bilan qu'elle a dressé lui paraissait rassurant. Elle a noté que la patiente avait repris son activité professionnelle de comptable à 50 % dès la mi-août 2014 (un mois et demi après l'accident) et à 100 % le 1<sup>er</sup> septembre, gérant la comptabilité et les ressources humaines dans une entreprise de 70 employés. Selon la patiente, il lui semblait qu'elle présentait déjà au début de l'automne des difficultés de concentration et de mémoire, qu'elle attribuait à la fatigue. Elle indique que, bien qu'elle ait rempli son cahier des charges de façon satisfaisante, elle avait été licenciée « sans réels motifs » à fin du mois de mars 2015. Dans ses constatations objectives, à l'évaluation mentale partielle du 13 juillet 2015, la neurologue avait confirmé la présence de troubles attentionnels, qui s'amendaient après réassurance. Les images du scanner cérébral étaient parfaitement normales. Les difficultés de concentration développées après la reprise professionnelle, persistant à ce jour, avaient une coloration émotionnelle nette. On comprend aussi que la « proposition » de compléter son examen par une évaluation neuropsychologique ciblée sur les fonctions attentionnelles, exécutives et mnésiques, relevait plus de l'acquit de conscience que d'une réelle nécessité d'investigations complémentaires. Au final, le rapport d'examen neuropsychologique du 17 août 2015 ne met pas en évidence de troubles importants : il montre un déficit au niveau de l'empan verbal, de la mémoire épisodique visuo-spatiale et de la reconnaissance en mémoire verbale, un ralentissement important dans les épreuves mnésiques, la fluence visuo-spatiale, le TMT, la lecture continue ; mais pas de troubles du langage oral et écrit, du calcul, des gnosies et des praxies ; pas de troubles exécutifs, ni de difficultés attentionnelles au test de la TAP, pas de ralentissement dans le test des cloches, dans l'écriture d'un texte, le calcul, la planification, les réponses à un questionnaire ; pas de fatigabilité, et un indice d'anxiété limite. Les examinatrices relèvent toutefois en conclusion que l'examen reste cependant

contradictoire : le tableau mnésique est particulier : la courbe d'apprentissage est relativement plate aussi bien en verbal qu'en visuo-spatial, avec toujours les mêmes items retrouvés, et la reconnaissance dans les deux cas est insuffisante, ce qui n'est pas habituel. Les ralentissements ne sont pas constants : la patiente lit très lentement dans le test du stroop ; par contre elle lit correctement le texte demandé et le questionnaire de la HAD. Elle commence à écrire son nom très lentement puis accélère, et ensuite écrira un résumé dans un temps correct. Certaines épreuves sont effectuées lentement, mais d'autres sans ralentissement. La patiente comprend très rapidement le test du zoo et le résout très facilement sans aucun ralentissement et sans hésitation. Cet examen reste difficile à interpréter et ne correspond pas un tableau classique après un accident en dehors de la difficulté dans l'empan verbal qui se retrouve parfois dans ce cadre-là. En discutant avec la patiente, cette dernière dit avoir voulu faire de son mieux durant l'examen, d'où cette lenteur. Il y a probablement une inquiétude importante qui intervient dans ses résultats, mais cela empêche l'examineur d'avoir accès aux aptitudes de la patiente. Ce rapport remarque enfin que « si les plaintes devaient se poursuivre, la patiente pourrait être revue d'ici une année ». Au sujet de cette dernière remarque, la recourante allègue à la fin de son recours, que la Dresse F\_\_\_\_\_ aurait estimé, qu'« au vu de la situation, un nouvel examen pourrait être effectué, cas échéant, d'ici une année, soit in concreto au mois d'août 2016, examen qui n'a pas eu lieu, ni même été proposé par l'intimée, et pour cause (...) » (écrit-elle, sans indiquer ce qui à son avis expliquerait cette « cause » supposée). Elle sollicite dès lors des examens complémentaires, cas échéant par le biais d'une expertise. Ce grief ne résiste pas à l'examen : le rapport ne dit pas ce que prétend la recourante. Force est toutefois de constater que cette proposition était faite, dans l'hypothèse où la patiente continuerait à se plaindre ; mais à teneur du dossier, force est de constater qu'elle n'a jamais, avant de recourir, cru utile de solliciter ce nouvel examen, ce qui impliquait à tout le moins de sa part une démarche proactive et reposant sur des plaintes persistantes. Au lieu de cela, elle a, semble-t-il, préféré solliciter – en cours de procédure de recours - une consultation spécialisée du service de neurologie du CHAL, dont elle a produit un compte-rendu du 4 août 2017. Pour l'essentiel, l'examinatrice relève que le bilan de dépistage montre quelques difficultés notamment de mémoire de travail qui, selon elle, nécessiteraient d'être approfondies, vu l'âge et le niveau de scolarité de la patiente. Elle pense qu'une grande partie des troubles de la patiente sont « probablement » en rapport avec des hypoglycémies fréquentes (deux à trois fois par semaine) et qui peuvent être assez importantes ; et « possiblement » une partie de ses troubles cognitifs sont en rapport également avec le traumatisme vécu suite à l'accident (30 juin 2014). La Dresse Q\_\_\_\_\_ indique enfin que « pour étayer un peu ses troubles cognitifs je lui fais faire une IRM cérébrale, un bilan neuropsychologique approfondi qui est à comparer à celui effectué en Suisse et une prise de sang. » Elle devait revoir la patiente après les résultats de ces examens. Force est toutefois de constater que la recourante n'a pas jugé utile de verser à la procédure le résultat de ces examens complémentaires, qui comportaient notamment celui qu'elle réclame à l'appui de son recours. Il est vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante, que si ces résultats avaient été significativement différents de ceux effectués en 2015, la recourante les aurait produits, ce qu'elle n'a pas fait. Quoi qu'il en soit ils n'auraient pas eu d'incidence sur l'issue du litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu de solliciter des renseignements supplémentaires à cet égard. Il ressort ainsi du rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ que les troubles constatés sont « probablement » à mettre en rapport avec les hypoglycémies, et qu'une partie des troubles serait « possiblement » - et non pas probablement -, à mettre en relation avec l'accident

remontant à trois ans auparavant. Ces affirmations, au demeurant peu étayées, ne font que confirmer l'exclusion de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident de 2014. La chambre de céans s'étonne également que la recourante reproche à l'intimée, au stade de son opposition (19 octobre 2016), de ne pas avoir réclamé le rapport d'examen neuropsychologique (du 17 août 2015), pourtant évoqué dans le rapport de consultation de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2015, et ensuite, dans le cadre de son recours, de reprocher à l'intimée de se l'être procuré en instruisant l'opposition, et de ne pas lui en avoir transmis copie. Il est peu vraisemblable que la recourante n'en ait pas eu connaissance d'emblée, soit déjà en août 2015, ce qui, si elle s'y croyait fondée, lui aurait permis de s'en prévaloir et d'argumenter à son sujet, ce qu'elle n'a pas fait. Ainsi l'on ne saurait faire grief à l'intimée de ne pas avoir pris l'initiative de solliciter un examen neuropsychologique complémentaire, dans le contexte de ce dossier. Force est ainsi de constater qu'aucun document médical émanant des médecins traitants ou des spécialistes consultés par la recourante à l'initiative des médecins traitants n'a, de façon plausible et objective, démontré en quoi l'origine psychologique ou neurologique des plaintes de la recourante, ou l'importante prise de poids après l'accident et le déséquilibre du diabète, dans le cadre de la rechute annoncée, seraient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 30 juin 2014. 19. Comme indiqué précédemment, quoi qu'il en soit, les conditions posées par la jurisprudence pour que l'on puisse, dans le cas d'espèce, admettre un lien de causalité adéquate entre les plaintes émises sur rechute, et l'accident du 30 juin 2014 ne sont pas réalisées.![endif]>![if> Selon la jurisprudence et la casuistique évoquées précédemment, on doit admettre en l'occurrence que l'accident doit être classifié comme accident de gravité moyenne stricto sensu (voir notamment U 478/00 arrêt du 21 juin 2001; Arrêt U 322/06 du 16 octobre 2006 consid.3.). Or, dans le cas d'espèce, les critères jurisprudentiels à prendre en compte pour admettre un lien de causalité adéquate pour ce type d'accident ne sont pas réunis. En effet, bien qu'il se soit agi d'une collision frontale, les circonstances dans lesquelles s'est déroulé l'accident apparaissent dénuées du caractère particulièrement dramatique ou impressionnant requis par la jurisprudence. A ce sujet il est dans la nature d'un accident de gravité moyenne de présenter un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (RAMA 1999 n° U 335 p. 207). Par ailleurs, les lésions physiques de la recourante (fractures du sternum, du sacrum et des styloïdes radiale et ulnaire du bras droit) n'étaient pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical n'a pas été anormalement long ; aucune erreur médicale n'a été constatée, ni complications ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'ont pas été significatifs : elle a quitté l'hôpital le 1 er juillet 2014, soit au lendemain de l'accident, au bénéfice d'un traitement conservateur et antalgique pour les fractures du sternum et sacrée, et d'un plâtre BAB (brachio-antibrachial) pour les fractures du poignet droit. Et elle a pu reprendre le travail à 50 % le 11 août 2014, et à plein-temps dès le 1 er septembre 2014, jusqu'à son licenciement par l'employeur. Initialement, lors de la rechute annoncée le 7 mai 2015, elle éprouvait des douleurs sternales « +++ » : selon le scanner de l'époque, la consolidation du sternum était imparfaite. C'est néanmoins sur cette base que selon le premier avis de la Dresse G\_\_\_\_\_, la CNA avait accepté de prendre le cas en charge au titre de rechute, avant d'émettre toute réserve, le 1 er octobre 2015, compte tenu des développements postérieurs à l'avis de rechute, développements qui s'orientaient clairement vers des troubles d'origine psychogène. Le seul critère susceptible d'entrer en considération était la persistance des douleurs physiques, ce qui était insuffisant dans le cas particulier pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre

l'accident et une incapacité de travail ou de gain d'origine psychique. Du reste, dans son avis de consultation de fin janvier 2016, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que le bilan radiologique récent confirmait une parfaite guérison du sternum, et que les douleurs de paroi céderaient à la reprise des activités sportives. 20. Dans ces conditions, il importe peu que l'OAI ait, sur la base de l'avis du SMR, admis que la recourante est totalement incapable de travailler et justifie d'une invalidité complète (100%) ayant donné droit à une rente entière : le rapport final du SMR du 17 juin 2017, retient en effet une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité, en raison d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1) et un état de stress post-traumatique (F43.1), et un diabète de degré 1 très labile. Peu importe, au demeurant, que l'assurance-invalidité ait fixé le début du délai de l'atteinte durable à la santé (début du délai d'attente) au 30 juin 2014 - il qualifie du reste cette date de début de la « longue maladie ». Selon ce qui précède, le lien de causalité adéquate entre l'accident du 30 juin 2014 et les atteintes psychiques, voire le dérèglement du diabète de l'assurée, connu depuis son enfance, ne saurait être admis. Contrairement à ce que revendique la recourante, l'intimée n'a pas à aligner le taux d'invalidité au sens de la LAA, à celui reconnu par l'OAI (voir dans ce sens notamment arrêt du Tribunal fédéral U 220/01 consid. 5b, et références citées).! [endif]>! [if> 21. De même, il apparaît totalement inutile d'ordonner un complément d'instruction, sous forme d'expertise psychiatrique, comme le souhaite la recourante, dès lors que, quel que soit le résultat d'un tel examen supplémentaire, il ne saurait influencer la solution du litige, dès lors que, comme le rappelle la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le lien de causalité adéquate (notion relevant du droit), à la différence du lien de causalité naturelle (relevant du fait), est du ressort de l'administration, ou du juge en cas de recours, et non pas du médecin. Or, le résultat d'une expertise, ou même seulement l'avis du psychiatre-traitant, à supposer qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante, ne modifieraient en rien la réponse à la question du rapport de causalité adéquate, nié en l'espèce.! [endif]>! [if> On observera d'ailleurs, dans ce contexte, que la recourante concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, conclut à ce que « cas échéant » soit déterminé le degré d'atteinte à l'intégrité (IPAI). A priori cette conclusion est directement liée au cadre de l'expertise qu'elle souhaitait voir ordonnée. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur cette question au demeurant subsidiaire (« cas échéant ») : d'une part en raison du fait que les troubles psychiques, respectivement d'origine psychogène dont la recourante est atteinte, ne sont pas du ressort de l'assureur-accident ; la recourante ne prétend, à juste titre, pas souffrir d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique (art. 24 al. 1 LAA) ; d'autre part, une telle conclusion, si elle devait être prise pour elle-même, soit de manière indépendante de l'expertise demandée, serait irrecevable car ne faisant pas partie du litige. Elle apparaîtrait en outre contradictoire : en effet la recourante concluant principalement à ce qu'il soit constaté que les conséquences de l'événement accidentel du 30 juin 2014 ne sont pas closes au 30 septembre 2015, et sollicitant en conséquence la poursuite, dès cette date, du versement des prestations d'indemnités journalières et de frais médicaux, l'éventuelle fixation d'une IPAI impliquerait à tout le moins que le traitement médical soit terminé. 22. C'est donc à juste titre que la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 30 septembre 2015.! [endif]>! [if> 23. Au vu de ce qui précède, le recours, en tous points mal fondé, 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 : 1. Déclare le recours recevable.! [endif]>! [if> Au fond : 2. Le rejette.! [endif]>! [if> 3. Dit que la procédure est gratuite.! [endif]>! [if> 4. Informe

les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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