

GE_GERICHTE A/2509/2007 vom 19. Dezember 2008

GE Cour de justice, 2008-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2509_2007

FR: GE_GERICHTE A/2509/2007 du 19 décembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/2509/2007 del 19 dicembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.12.2008
A/2509/2007

A/2509/2007 ATAS/1512/2008 du 19.12.2008 (LAA) , REJETE Recours TF déposé le 19.02.2009, rendu le 18.03.2010, ADMIS, 8C_164/2009 , 8C_816/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2509/2007 ATAS/1512/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 19 décembre 2008 En la cause Madame M_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc MARSANO recourante contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Mme M_____. (ci-après : l'assurée), née en 1964, a travaillé à temps partiel (10 heures par semaine) à compter du 1^{er} septembre 1991 en tant que professeur de biologie au Cycle d'orientation X_____. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : SUVA). Le 27 septembre 2002, en se rendant à son travail sur sa bicyclette et équipée d'un casque, l'assurée a emprunté, sans descendre de son engin, un passage pour piétons protégé par des feux. Alors que le feu était au vert pour les piétons, le côté gauche de la bicyclette de l'assurée a été heurté par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse. L'assurée a chuté, ce qui lui a occasionné une fracture de l'auriculaire gauche et des douleurs aux genoux. Elle a séjourné au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 27 au 30 septembre 2002. Dans le résumé d'observation du 3 octobre 2002, le Dr A_____ a mentionné, à l'entrée, une agitation extrême et des plaintes relatives à des cervicalgies ainsi que des céphalées. Un scanner cérébral et cervical effectué le 27 septembre 2002 s'est révélé normal. Un examen neuro-psychologique pratiqué le 30 septembre 2002 a mis en évidence des difficultés d'inhibition de stimuli non pertinents ce qui pouvait parler en faveur d'un discret dysfonctionnement frontal. Le Dr A_____ a diagnostiqué une commotion cérébrale et a attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'au 16 octobre 2002. Lors d'un nouvel examen neuropsychologique du 7 octobre 2002, l'assurée s'est plainte de douleurs au niveau de la nuque et du dos ainsi que de capacités attentionnelles qui n'étaient pas maximales. Ce bilan a conclu à la normalisation des capacités d'inhibition et à la persistance des difficultés attentionnelles sous forme d'un ralentissement modéré et d'une difficulté dans une épreuve complexe en double tâche compatible avec une souffrance post-traumatique. Les examinateurs ont préconisé une reprise du travail progressive. Le 9 décembre 2002, l'assurée s'est soumise à un nouvel examen neuropsychologique lors duquel elle s'est plainte de difficultés à se concentrer dans des situations en double tâche, une tendance à commettre des inattentions, une fatigabilité

accrue ainsi que l'apparition de nausées et de vertiges lorsqu'elle penchait la tête en avant ou en arrière, une sensibilité accrue au stress se manifestant par l'apparition de maux de tête et une difficulté à trouver ses mots ainsi qu'une irritabilité ayant pour conséquence un évitement des situations anxiogènes. L'examen neuropsychologique a mis en évidence, d'une part, une amélioration des performances dans les tâches attentionnelles, d'autre part, la persistance de difficultés dans les épreuves évaluant la mémoire de travail. L'examinatrice a considéré que la sensibilité accrue au stress avec des répercussions sur sa vie quotidienne faisait suspecter une éventuelle souffrance thymique pour laquelle une intervention ponctuelle par un spécialiste pourrait être indiquée. Lors de son audition par un inspecteur de la SUVA, le 7 février 2003, l'assurée a mentionné des douleurs cervicales et dorsales ainsi qu'aux épaules, des difficultés à se concentrer sous forme d'absences, des oublis, une mémoire à court terme défaillante, une nervosité ainsi qu'une certaine angoisse lorsqu'elle se retrouvait sur la voie publique dans le trafic, une grande fatigue après sa demi-journée de cours, des douleurs aux jambes et des genoux instables. Dans son rapport du même jour, l'inspecteur a précisé que l'assurée avait repris le travail à temps partiel, le 6 janvier 2003, à raison de cinq à six heures le jeudi matin. Dans un rapport du 10 mars 2003, le Dr B _____, neurologue, a diagnostiqué une commotion cérébrale avec signes frontaux partiellement régressifs et une distorsion cervicale. Dans un rapport du 10 mai 2003, la Dresse C _____, rhumatologue, a indiqué avoir examiné la patiente à deux reprises en février et mars 2003 pour des cervicalgies dans le contexte de troubles neuropsychologiques et stress avec attaques de panique. Le traitement de médecine manuelle avait considérablement diminué les symptômes cervicaux et les manifestations psychiques liées à l'état neuropsychologique (troubles de la concentration, de mémoire et fatigabilité). L'assurée a subi un nouvel examen neuropsychologique, le 12 mai 2003, lors duquel elle a signalé globalement une amélioration depuis le dernier bilan avec une diminution de l'émoussement affectif et une persistance des difficultés en double tâche, de discrètes difficultés à mémoriser de nouvelles informations et à s'organiser dans son travail ainsi qu'une diminution de sa créativité, enfin, la persistance d'une anxiété face à certaines situations. L'examinatrice a conclu à un examen neuropsychologique comparatif à celui du mois de décembre 2002 avec une normalisation des rendements dans une épreuve en double tâche. Dans un questionnaire de la SUVA du 8 octobre 2003, le Dr D _____ psychiatre et psychothérapeute, a indiqué que la patiente était anxieuse, tendue, avec sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Il a diagnostiqué une affection neuropsychiatrique ne provoquant pas d'incapacité de travail. Le 21 novembre 2003, l'assurée a de nouveau été entendue par un inspecteur de la SUVA auquel elle a déclaré qu'en été 2003, elle avait souffert d'une grande dépression qui avait empêché la reprise de l'activité professionnelle à la rentrée scolaire de fin août, mais que la situation s'était nettement améliorée. Elle présentait encore quelques légères douleurs au genou droit ainsi que quelques crises d'angoisse de temps en temps et la concentration était également meilleure. Sauf imprévu, elle devrait pouvoir reprendre son travail à plein temps au début janvier 2004. Dans un rapport du 15 mars 2004 rédigé dans le cadre de la liquidation du sinistre, le Dr B _____ a indiqué que la patiente avait subi un traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance, diverses contusions et fracture de la main gauche. Elle avait présenté des signes de souffrance cérébrale immédiate avec signes de dysfonctionnement frontal et une impression de déconnexion de la réalité. Les divers examens neuro-psychologiques avaient confirmé la présence d'un syndrome de stress post-traumatique avec grande difficulté de concentration, d'organisation de ses tâches, de

mémoire, décisionnelle, une grande fatigabilité et vulnérabilité aux contrariétés. À l'heure actuelle, elle avait retrouvé un état de santé psychique et physique normal sous réserve néanmoins d'une fragilité possible difficile à estimer définitivement. Le 18 mars 2004, l'assurée a demandé à la SUVA de procéder à l'examen de son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité au vu de la stabilisation du status médical. Le 12 mai 2004, le Dr E _____, chirurgien-orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée qui se plaignait de la persistance d'une fatigabilité et de troubles de la mémoire ainsi que d'absences et d'irritabilité. Dans son appréciation médicale, il a admis la persistance de troubles neuropsychologiques en rapport avec les conséquences de l'accident. Il a considéré que la situation était actuellement stabilisée puisque ces troubles étaient compatibles avec une capacité de travail. Le 15 octobre 2004, l'assurée a informé la SUVA qu'elle avait dû reconsulter le Dr B _____ en raison d'une augmentation de la fatigue. Par courrier du 16 octobre 2004, l'assurée a exposé qu'elle avait choisi de réduire son poste d'enseignante lorsqu'elle était devenue maman, mais qu'elle avait toujours envisagé de retravailler à 100 % dans un poste à plein temps (20 à 24 heures par semaine), une fois ses enfants scolarisés. À la suite d'un changement d'emploi de son mari, le revenu de ce dernier avait fortement diminué de sorte qu'elle avait demandé à augmenter légèrement son temps de travail pour la rentrée (13 à 15 heures par semaine) d'autant plus que sa cadette était enfin scolarisée. Elle a précisé que depuis son accident, elle se fatiguait beaucoup plus rapidement qu'avant et n'était plus en mesure de mener plusieurs activités en parallèle comme elle le faisait auparavant. Sur le plan professionnel, elle pouvait se reposer sur ses acquis qu'elle avait eu la bonne idée de noter afin de concentrer toute son attention sur ses élèves ce qui lui permettait de donner des cours satisfaisants. En revanche, au niveau familial et personnel, après avoir enseigné quatre heures le lundi, six heures le mardi et préparé ses cours de façon minimaliste par rapport à ce qu'elle faisait avant, son cerveau se mettait au repos chaque fois qu'il le pouvait les deux jours suivants et sa famille en subissait les conséquences. Le 14 novembre 2004, elle a informé la SUVA que, depuis cette semaine, elle n'assumait plus que 57 % de son travail pour une durée indéterminée ce qui lui permettait de bénéficier d'un moment de repos de quelques heures après chaque demi-journée de travail. Le Dr B _____ a confirmé cette situation dans un certificat du 9 novembre 2004, en attestant une capacité de travail de 57 % dès le 8 novembre 2004. Dans un rapport du 20 décembre 2004, Madame N _____, psychologue et neuropsychologue, n'a pas constaté de fatigabilité et son examen a mis en évidence un status cognitif stable bien récupéré. Elle a considéré comme probable qu'une fatigabilité persistait et que la patiente qui, avant l'accident, avait toujours valorisé la pratique de nombreuses activités de front, avait dû se résoudre à abandonner certains éléments narcissiquement valorisants ce qui était générateur d'anxiété qui diminuait ses capacités à réaliser les tâches qu'elle s'assignait. Elle a proposé la reprise d'une démarche psychothérapeutique afin de renforcer certaines fragilités personnelles. Dans un rapport du 21 décembre 2004, le Dr B _____ a indiqué que la patiente présentait actuellement une limite à sa récupération sous forme d'une nouvelle diminution de sa capacité professionnelle et de difficultés à assumer ses tâches familiales. Au vu de l'expérience acquise ces 12 derniers mois, il était possible de procéder à une évaluation à long terme permettant de retenir une séquelle probablement définitive du traumatisme survenu en septembre 2002. Il a constaté en particulier une grande fatigabilité qui se soldait par des troubles de l'attention, de la mémorisation, de synthèse lors de tâches spécifiques, ainsi que de certaines fonctions complexes liées à son activité professionnelle. Elle souffrait

également d'autres troubles psychiques révélés dans le contexte privé avec une discrète altération de sa personnalité (humeur, tolérance, disponibilité ainsi que de troubles de son élan ou de son affect). Il a admis une atteinte modérée sur le plan de l'intégrité évaluée à 20 % selon les tables pour les complications psychiques de lésions cérébrales. Quant à la capacité de travail, il a conclu que la poursuite d'une activité à 10-12 heures par semaine était impossible malgré un repos compensatoire maximal et qu'il existait une perte de la capacité de travail de 60 % dans la mesure où la patiente ne pouvait désormais assumer que huit heures d'enseignement sur 24. Par déclaration d'accident du 6 janvier 2005, l'employeur a annoncé à la SUVA une rechute à partir du 8 novembre 2004 et a mentionné un horaire de travail de 10 heures par semaine. Par courrier du 23 mai 2005, à la suite d'une demande de renseignements de la part de la SUVA, l'Office du personnel de l'État de Genève a précisé que, pour la période scolaire 2004-2005, l'assurée s'était vue attribuer un poste à 67 % (13 à 15 heures) conformément à ses vœux d'emploi et que, pour l'année scolaire 2005-2006, elle avait demandé une augmentation de son taux d'activité et si possible un poste à 80 %. Il a précisé que l'employeur n'était pas tenu d'accorder un poste supérieur à celui garanti l'année précédente et que les augmentations du taux d'activité n'étaient pas nécessairement attribuées dans le même établissement. Sur demande de la SUVA, l'assurée s'est soumise, le 18 juillet 2005, à une IRM cérébrale avec étude ciblée des qualités orbitaires qui a révélé une légère atrophie cortico-sous-corticale bilatérale sus-tentorielle. Dans son appréciation neurologique du 25 juillet 2005, le Dr F _____, neurologue et médecin de la SUVA, a estimé le score de Glasgow à l'entrée aux HUG à 13 et a relevé que les divers examens neuropsychologiques avaient montré une amélioration constante des fonctions cognitives. Il a estimé qu'un trouble diffus des fonctions cérébrales dû à la commotion cérébrale avait pu provoquer les troubles du comportement décrits lors de l'entrée aux HUG. Au sujet des symptômes neuropsychologiques mentionnés dans le rapport du Dr B _____ du 21 décembre 2004, il a observé que s'ils étaient l'expression d'une lésion cérébrale traumatique, on aurait dû observer dans les semaines qui avaient suivi l'accident une diminution assez importante des capacités neuropsychologiques ce qui n'avait pas été le cas. Il a expliqué que les troubles neuropsychologiques pouvaient être des symptômes accompagnant les maladies systémiques sous forme d'effets indésirables des médicaments, de douleurs ou de troubles du sommeil chronique. Ils pouvaient également apparaître secondairement à des troubles affectifs. Les troubles des régions cérébrales frontale ou temporale pouvaient être la cause de troubles cognitifs qui n'étaient pas décelés par les tests neuropsychologiques et qui se manifestaient par des plaintes telles que celles décrites par l'assurée raison pour laquelle il avait demandé une nouvelle IRM cérébrale pour vérifier cette hypothèse. Cet examen avait révélé une légère atrophie cérébrale qui n'était pas spécifique et correspondait vraisemblablement à une anomalie du développement cérébral ce qui ne permettait pas d'expliquer les troubles cognitifs de l'assurée. Il a conclu que, sur le plan neurologique, on ne pouvait pas prouver au degré de vraisemblance que le traumatisme cranio-cérébral était à l'origine de la diminution des capacités cognitives de l'assurée bien que la gravité moyenne à sévère de la commotion cérébrale n'était pas contestée. Il a estimé que la thèse de l'assurée, selon laquelle les troubles cognitifs seraient l'expression d'une symptomatologie anxieuse et résulteraient d'une flexibilité accrue, devrait être vérifiée. Si un examen psychiatrique ne permettait pas d'expliquer les symptômes présentés, il faudrait déterminer si on pouvait observer une évolution spontanée pendant six mois ou si l'on devait présumer que la fatigabilité accrue était un élément résiduel non spécifique du traumatisme cranio-cérébral. En l'état actuel des résultats des examens neurologiques, il n'y avait pas

d'atteinte importante à l'intégrité car la cause des troubles et de leur persistance n'était pas élucidée. Par décision du 4 août 2005, la SUVA a refusé d'allouer de nouvelles prestations d'assurance. Elle a considéré qu'il n'y avait pas de relation de causalité entre l'accident du 27 septembre 2002 et les troubles annoncés en automne 2004 avec incapacité partielle de travail dès le 8 novembre 2004. Par ailleurs, il n'y avait pas de relation de causalité adéquate entre les troubles non organiques et l'accident. En outre, elle a refusé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au motif qu'il n'y avait aucune atteinte importante à l'intégrité. Le 23 août 2005, l'assurée a formé opposition à ladite décision. Elle a estimé qu'un rapport de causalité ressortait du rapport établi par le Dr B _____ en date du 21 décembre 2004. Le 29 août 2005, l'assurée s'est soumise à un examen neuropsychologique pratiqué par le Dr G _____, neurologue, et Madame O _____, psychologue. Elle se plaignait de fatigabilité, de moindre tolérance au bruit, de difficultés à passer d'un sujet de conversation à l'autre, à partager son attention entre plusieurs tâches simples, de difficultés modérées à suivre un ordre de séquence et à apprendre de nouvelles informations, d'une mauvaise estimation du temps, d'une diminution de sa créativité et de sa capacité à pouvoir modifier son enseignement, de difficultés à entreprendre et organiser ses activités. Depuis la diminution de son temps de travail à huit heures, son état s'était lentement amélioré. Dans leur rapport, les examinateurs ont mis en évidence des troubles légers de certaines fonctions exécutives avec des résultats limites qui devaient être interprétés chez une patiente universitaire au bénéfice de plusieurs formations professionnelles comme un fléchissement de ses capacités intellectuelles par rapport au niveau prémorbide. Le parcours de formation rendait peu probable l'interprétation de la légère atrophie cérébrale comme une anomalie développementale. Le tableau neuropsychologique de légers troubles exécutifs n'apparaissant que dans les tâches complexes et coûteuses en ressources attentionnelles était compatible avec des séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral. Selon les examinateurs, des plaintes telles que celles de la patiente étaient souvent rapportés dans la littérature chez les patients ayant souffert d'une lésion cérébrale et ces perturbations étaient classées dans les atteintes frontales. Dans un rapport du 26 septembre 2005 adressé au mandataire de l'assurée, le Dr B _____ a réfuté les conclusions du Dr F _____. Il a relevé que l'accident avait eu un impact neuropsychologique objectivé par la présence de difficultés témoignant d'un dysfonctionnement frontal mis en évidence lors de l'examen neuropsychologique du 30 septembre 2002. De plus, ledit accident avait provoqué une lésion intracrânienne puisque l'examen du Dr H _____, ophtalmologue, avait révélé une amputation du champ visuel du côté droit ce qui ne faisait que renforcer l'idée d'un traumatisme cranio-cérébral significatif avec lésion intracrânienne. Le 1^{er} novembre 2005, après avoir tenu compte des remarques de l'assurée quant aux questions posées et à l'identité des experts pressentis, la SUVA a mis en oeuvre une expertise multidisciplinaire qu'elle a confiée au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed). Dans un rapport du 15 décembre 2005, le Dr H _____, ophtalmologue, a exposé que, lors de sa consultation du 19 avril 2005, la patiente se plaignait d'une amputation relative du champ visuel droit qu'elle faisait remonter à l'accident de 2002. Les pupilles réagissaient de façon asymétrique à la lumière ce qui établissait un problème de conduction dans le nerf optique droit. Lors du test polarisé, il a constaté une asymétrie de la vision qui n'existait pas avant l'accident de 2002. Sur demande du CEMed, le Dr I _____ a procédé à une pupillométrie infrarouge computerisée. Dans un rapport du 28 mars 2006, il a exposé que, dans le courant de l'été 2003, l'assurée avait remarqué pour la première fois des difficultés à voir sur le haut et sur la

droite alors que, sur un plan visuel plus large, elle mentionnait beaucoup de peine à se concentrer visuellement s'il y avait trop d'objets autour d'elle. L'examen du champ visuel montrait en télémétrie computerisée un déficit temporel supérieur partiel à l'oeil droit, déjà présent lors des examens précédents, ainsi qu'un léger déficit parapapillaire temporel supérieur à l'oeil gauche. Il s'agissait d'une affection congénitale, non-évolutive, qui ne devrait poser aucun problème visuel et qui n'avait pas de rapport avec le traumatisme. En outre, l'assurée présentait tout un cortège de symptômes généraux et visuels qui s'inscrivaient le plus vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. Il n'y avait pas de déficit campimétrique objectivable expliquant les plaintes d'amputation du champ visuel supérieur et sur la droite. On pouvait incriminer une étiologie post-traumatique mais cette possibilité semblait peu probable. Dans le rapport d'expertise du CEMed du 8 septembre 2006, les Drs J _____, psychiatre et psychothérapeute, K _____, rhumatologue, L _____, neurologue, ont décrit les plaintes de la patiente. Cette dernière invoquait une persistance tant de cervicalgies apparaissant surtout à la concentration et au stress avec échauffement des pieds que de céphalées accompagnées occasionnellement de vomissements ainsi que de paresthésies au niveau de la face et des mains, des difficultés à se situer dans le temps, des troubles de la mémoire et de la concentration avec des oublis, une fatigue et fatigabilité, une désorganisation, des troubles du langage et de la vue. Lors de leur examen, ils ont constaté une humeur anxieuse et de discrètes difficultés à structurer efficacement sa pensée, une instabilité atypique en station debout et à la marche alors que la marche un pied devant l'autre était tout à fait normale, une diplopie dans le regard latéral droit. Compte tenu de l'ensemble des éléments à leur disposition, ils ont admis que l'assurée avait très certainement été victime lors de l'accident du 27 septembre 2002 d'un traumatisme cranio-cérébral mineur ainsi que d'une distorsion/contusion cervicale et de diverses contusions banales. Sur la base des différents examens neurologiques et des résultats des IRM cérébrales, ils n'ont constaté aucun élément permettant de conclure à l'existence d'une atteinte structurale du système nerveux central et périphérique. Les suites de l'événement accidentel auraient dû être favorables en l'absence de facteurs anxio-tensionnels surajoutés. S'ils pouvaient admettre que quelques cervico-scapulalgies et quelques plaintes neuropsychologiques (fatigue) étaient en relation de causalité naturelle persistante avec l'événement accidentel, toutefois l'importance actuelle des troubles et leurs répercussions sur la capacité de travail ne pouvaient plus être considérées comme étant en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel. Ils ont retenu que l'incapacité de travail en relation de causalité avec l'événement accidentel avait pris fin, le 5 janvier 2004, date de la reprise de ladite activité à 100 %, et qu'il n'y avait pas de perte d'intégrité. Ils ont précisé que l'interprétation de l'atrophie par le Dr G _____ ne pouvait être jugée que possible dans la mesure où il ne discutait pas le diagnostic différentiel des atrophies cérébrales, ne mentionnait pas que celles-ci étaient souvent une découverte de hasard sans signification et ne discutait pas du rapport de Madame N _____ daté de décembre 2004 mentionnant l'absence de fatigabilité durant les tests. À leur avis, l'argumentation de l'apparition des troubles lors de l'augmentation du temps de travail n'était pas documentée et l'anamnèse ne permettait pas de comprendre les raisons de cette pathologie probablement très contextuelle de sorte que son origine était à rechercher dans une prédisposition morbide. Ils ont observé que l'assurée n'avait pas développé un état de stress post-traumatique dès lors qu'elle ne se souvenait pas de l'événement traumatique. Ils ont diagnostiqué un status après commotion cérébrale et distorsion cervicale simple (degré I à II), un syndrome post-commotionnel et après

distorsion cervicale persistant surchargé de facteurs anxiogènes. Selon eux, l'origine des troubles présentés par l'assurée était strictement somatique, mais l'évolution était caractérisée par la persistance/aggravation de la symptomatologie en relation avec des facteurs psychiques indépendants de l'événement accidentel. Actuellement la composante psychique prédominait dans la symptomatologie. Il existait encore des éléments cliniques typiques de troubles après distorsion de la colonne cervicale qui étaient masqués/péjorés par des facteurs psychiques et ce tableau typique se situait actuellement tout à fait en arrière-plan par rapport aux troubles psychiques. Il était très probable que l'assurée ait présenté un «mild traumatic brain injury (MTBI)» lors de l'accident du 27 septembre 2002. La capacité de travail était complète dans toute profession. Il n'était pas possible de faire la part des éléments après distorsion cervicale de ceux liés au traumatisme crânio-cérébral. Dans un rapport de 5 octobre 2006 adressé au mandataire de l'assurée, le Dr B_____ a indiqué avoir procédé à une revue des connaissances actuelles dans le domaine du «mild head injury» selon lesquelles, il existait une relation entre le degré du traumatisme et les conséquences neurologiques de celui-ci raison pour laquelle deux échelles neurologiques étaient utilisées, à savoir celle de Glasgow et celle relative aux concussions (mouvement brusque du cerveau pouvant entraîner des lésions visibles ou invisibles). La concussion cérébrale correspondait à une atteinte cérébrale traumatique diffuse pouvant conduire à une atteinte axonale diffuse sans qu'il y ait nécessairement des modifications d'imageries cérébrales (70 % des IRM sont normales et seuls 10 % des scanners sont anormaux). Dans les cas d'IRM positive, il y avait des signes d'atrophie cérébrale ou élargissement des espaces péri-vasculaires. L'évidence de signes clinique de ce syndrome restait difficile. Des symptômes tels que les maux de tête, les nausées et les vertiges présents au stade précoce post-traumatique étaient en général des facteurs prédictifs de plaintes prolongées après concussion cérébrale. Un ralentissement des réactions visuelles ou tactiles, des déficits oculomoteurs ou visio-moteurs, des troubles somatiques incluant des maux de tête, une fatigue, des troubles affectifs pouvant inclure l'anxiété, une baisse de la rapidité de l'analyse de l'information, de l'attention et de la concentration étaient décrits. Un an après un traumatisme cérébral même modéré, jusqu'à plus de 15 % des patients souffraient encore de maux de tête, de fatigabilité, de vertiges, d'irritabilité, de troubles de la mémoire et de dépression. Huit ans après le traumatisme, on constatait encore de troubles de l'attention ou de la mémoire. Chez la patiente, l'atrophie cérébrale qui avait été observée déjà 11 mois après le traumatisme pouvait refléter partiellement les difficultés à long terme de comportement et les capacités cognitives. Sur la base de ces éléments, il lui paraissait justifié de recourir contre cette expertise et de demander la désignation d'un médecin spécialisé dans cette pathologie. Les arguments scientifiques étaient suffisamment clairs pour démontrer l'existence de séquelles neuropsychologiques même longtemps après un traumatisme mineur et le suivi neuropsychologique avait démontré l'existence de troubles objectifs jusqu'aux derniers examens. Dans un rapport neurologique du 15 janvier 2007, le Dr R_____, médecin adjoint au service de neurologie des HUG, a diagnostiqué des troubles cognitifs de type attentionnel et dysexécutifs d'origine post-traumatique et d'intensité légère, des troubles affectifs d'origine mixte, des céphalées et cervicalgies post-traumatiques et une héli-extinction visuelle homonyme droite (fluctuante). Il a exposé que la patiente avait présenté, à la suite de son accident, des difficultés cognitives qui évoquaient une souffrance cérébrale diffuse à prédominance frontale. Ces difficultés étaient particulièrement évidentes dans des situations stressantes demandant une attention soutenue partagée ainsi qu'une grande flexibilité mentale. Toutes les évaluations

neuropsychologiques avaient montré de façon plus ou moins marquée des difficultés de type attentionnel et dysexécutif qui étaient typiquement retrouvées après un traumatisme crânien même modéré. Les troubles affectifs dans le sens d'une anxiété accrue et d'un état dépressif étaient clairement apparus après l'accident et leur origine était vraisemblablement mixte, d'une part, comme conséquence directe d'une souffrance diffuse post-traumatique, d'autre part, symptomatique d'un trouble de l'adaptation à ses performances réduites.

L'hémi-extinction homonyme droite constatée par le Dr S_____ renforçait l'hypothèse d'une souffrance cérébrale post-traumatique diffuse bien que d'intensité légère. Les céphalées et cervicalgies post-traumatiques, aggravées par la fatigue et le stress, n'étaient pas responsables d'une diminution de la capacité de travail. Il a expliqué que, bien que les troubles attentionnels et dysexécutifs étaient peu spécifiques car ils se voyaient dans nombre de pathologies organiques fonctionnelles, toutefois, la chronologie de l'apparition de ces troubles, leur cohérence avec les plaintes et leur persistance subclinique en 2003 étaient typiques d'une atteinte post-traumatique. La présence ou non d'une atrophie cérébrale n'influencait pas le diagnostic ou la gravité des troubles. Ces derniers s'étaient dans un premier temps améliorés et la patiente avait pu reprendre son travail, mais elle n'avait jamais retrouvé son niveau de fonctionnement d'avant l'accident. Une augmentation du temps de travail chez cette patiente à la résistance au stress diminuée et à la fatigabilité augmentée avait provoqué un épuisement et une nette réaggravation des troubles qui n'avaient jamais disparu. Les troubles affectifs, d'origine mixte, bien que pouvant aggraver les symptômes, ne pouvaient en aucun cas être tenus pour seuls responsables des difficultés présentées par la patiente dans son activité professionnelle et sa vie familiale. Il estimait que l'activité exercée avant l'accident était toujours possible mais difficilement et que, pour tenir compte de l'aggravation des symptômes présentés par le stress et la fatigue, il préconisait une légère diminution du temps de travail mais, surtout, une adaptation des horaires avec, par exemple, un travail à jours alternés ou une activité dans des classes plus petites. Dans un rapport du 14 février 2007, le Dr R_____ a précisé qu'une diminution du taux d'activité à huit heures par semaine était nécessaire à la poursuite d'un enseignement de qualité suffisante, ce qui représentait une capacité de travail résiduelle de 33 % si on considérait l'activité théorique maximale de 24 heures d'enseignement. Dans un rapport du 25 avril 2007, le Dr T_____, neurologue et médecin de la SUVA, a estimé que l'IRM du 18 juillet 2005 ne montrait aucun signe de séquelle d'accident et que les examens cliniques postérieurs ne révélaient aucun signe de lésions causées par l'accident au niveau du système nerveux. Il a exposé qu'une commotion cérébrale ou un traumatisme cérébral léger (MTBI) pouvait entraîner des troubles subjectifs non spécifiques persistants pendant quelques semaines ainsi que des pertes cognitives de courte durée et régressives. Selon lui, les troubles persistants de l'assurée et les nouveaux troubles étaient sans rapport avec une lésion structurelle du système nerveux lié à l'accident de septembre 2002. La suspicion d'une réduction du champ visuel éventuellement post-traumatique à droite avait pu être infirmée par l'examen du Dr S_____ qui avait uniquement révélé des anomalies structurelles au niveau de l'oeil droit, c'est-à-dire présentes longtemps avant l'accident. Le diagnostic d'entorse du rachis cervical était tout au plus un diagnostic de suspicion et, selon les critères de l'«International Headache Society», un syndrome de céphalées post-traumatiques en rapport avec l'accident de juillet (recte : septembre) 2002 ne pouvait pas être diagnostiqué avec vraisemblance. Les anomalies dans les résultats des tests neuropsychologiques pouvaient s'expliquer par des facteurs multiples, notamment par une propension préexistante à l'anxiété et par d'autres facteurs psychosociaux sans lien avec

l'accident. En résumé, les documents présentés ne comprenaient aucun signe objectivable d'une lésion du système nerveux central ou périphérique qui serait dû à l'accident de juillet (recte : septembre) 2002 et justifierait une incapacité de travail. Le lien de causalité entre les troubles non spécifiques et fluctuants de l'assurée avec l'accident du 27 septembre 2002 pouvait être considéré, sur le plan neurologique, tout au plus comme possible. Une limitation durable et/ou importante de l'intégrité physique n'était pas détectable au niveau du système nerveux de sorte qu'il n'y avait aucune atteinte notable à l'intégrité sur le plan neurologique. Dans un rapport du 11 mai 2007 adressé au Dr H_____, le Prof. U_____, médecin-chef du service d'ophtalmologie des HUG, a estimé qu'il lui était extrêmement difficile de se prononcer sur la situation d'une patiente qu'il n'avait pas examinée personnellement. Il a relevé que ses plaintes de photophobie et phonophobie, troubles de la concentration, difficultés à organiser ses idées et à traiter un grand nombre d'informations de façon simultanée étaient extrêmement caractéristiques d'un syndrome post-commotionnel. Il a noté qu'il était délicat d'affirmer que le déficit de l'œil droit était congénital car, dans le cas d'une hypoplasie papillaire, on ne savait pas quelle était l'importance de la malformation. Au vu de l'hémiextinction des troubles de la concentration que semblait présenter la patiente, il s'agissait clairement d'une contusion du tronc cérébral dont les structures d'éveil avaient été altérées. Il a souligné que la patiente avait observé quelques semaines après l'accident une baisse de la vision alors qu'un certain nombre de troubles visuels pouvaient se produire bien après un traumatisme et pouvaient provenir d'une dissection d'un acte vasculaire cervical ou d'une flatule post-traumatique. Il a estimé comme possible que le déficit visuel fût provoqué par la dysplasie papillaire, tout comme il pouvait être en rapport avec une affection vasculaire ultérieure. Par décision sur opposition du 23 mai 2007, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a considéré que les rapports produits par l'opposante ainsi que ses remarques personnelles ne résistaient pas à l'analyse fouillée et documentée des experts du CEMed, également confirmée par le Dr T_____. Étant donné qu'aucun motif ne permettait de mettre en doute l'avis des spécialistes du CEMed, il y avait lieu de reconnaître à l'expertise une entière valeur probante. Au demeurant, la causalité adéquate ne pouvait pas être admise étant donné que l'accident était de gravité moyenne et qu'aucun des critères retenus par la jurisprudence n'était réalisé. Par acte du 25 juin 2007, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle conclut, préalablement, à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement et sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une indemnité journalière indemnisant une incapacité de travail de 100 % du 27 septembre 2002 au 7 novembre 2004 et de 67 % dès le 8 novembre 2004 pour autant que des conditions de travail adéquates tenant compte de son état de santé continuassent à lui être offertes, subsidiairement de 100 %, à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 80 %, enfin à la prise en charge de tous les frais médicaux et de déplacements en lien avec l'accident du 27 septembre 2002. Elle relève que la contre-expertise du Prof. R_____ remet entièrement en cause l'expertise du CEMed dans la mesure où elle retient que ses troubles actuels ont été provoqués par l'accident du 27 septembre 2002, qu'une augmentation de son temps de travail a engendré un épuisement et une très nette réaggravation des troubles qui n'avaient toutefois jamais disparu. Par ailleurs, ces conclusions rejoignent celles des Drs G_____ et B_____. Elle critique l'expertise du CEMed, qui n'a pas été effectuée par un médecin spécialisé dans la pathologie du « mild head injury » et se base sur un seul et unique examen ayant duré quelques minutes sans qu'un contrôle de l'ouïe n'ait eu lieu. En outre, les experts n'ont pas

tenu compte des documents et pièces justificatives qu'elle leur a remis. Dans l'expertise et dans la décision sur opposition, certains rapports médicaux sont mentionnés de façon tronquée, d'autres ont été cités en modifiant leurs résultats ou leurs conclusions. L'expertise du CEMed ne motive pas l'absence du lien de causalité qui est démentie par les contre-experts, le médecin traitant et le Dr G_____. De plus, elle repose sur des examens trop courts ayant duré au maximum un quart d'heure et bâclés consistant en quelques exercices généraux et questions générales, sans qu'un test psychométrique n'ait été réalisé. Selon l'IRM, elle présente des séquelles post-traumatiques se manifestant par une atrophie cortico-sous-corticale bilatérale sus-tentorielle. Elle relève que tant le Dr F_____ que le Dr T_____ ne l'ont pas examinée de sorte que les conclusions du Prof. R_____ et de ses médecins traitants sont plus proches de la réalité médicale. Dans sa réponse du 29 octobre 2007, la SUVA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Elle relève que l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante a déjà eu lieu et de manière conjointe puisqu'elle a eu l'occasion de poser les questions qui lui semblaient pertinentes et qu'au vu des nombreux rapports au dossier, la cause est en état d'être jugée. Elle observe que la recourante s'est plainte plus tardivement de troubles peu spécifiques de sorte que la rechute annoncée en automne 2004 apparaît davantage dictée par des facteurs étrangers, à savoir des difficultés dans la gestion de sa famille et en particulier de ses enfants, que par des raisons traumatiques objectives. Or, au vu de la période de latence entre ces troubles et l'accident, il n'est pas possible d'admettre un lien de causalité. La jurisprudence a repris la doctrine médicale selon laquelle les suites typiques d'un traumatisme crânio-cérébral léger durent entre six et 12 semaines et que certains patients développaient ce qu'on appelle un syndrome post-commotionnel persistant très controversé médicalement puisque son existence n'a pas été prouvée de façon appropriée dans les études prospectives. En raison de ces incertitudes médicales, la causalité adéquate revêt une importance prépondérante en matière de traumatismes crânio-cérébraux ou de troubles analogues de sorte que la question de la causalité naturelle aurait pu être laissée ouverte eu égard au sort de l'examen de la causalité adéquate. Elle considère que les troubles neuropsychologiques présentés par la recourante n'ont pas de substrat organique et que les évaluations neuropsychologiques, bien qu'extrêmement utiles dans la détection des traumatismes crânio-cérébraux légers, sont sujettes à la variation de la motivation du patient et à la bonne volonté avec laquelle il réalise les tests. Le 19 décembre 2007, la recourante a demandé à être entendue par le Tribunal de céans et a également requis l'audition du Dr B_____ et du Prof. R_____. Par écriture du 8 janvier 2008, l'intimée a estimé que, par économie de procédure, il convenait de procéder à l'audition des médecins par questionnaire écrit et que, pour sa part, elle souhaitait que les Drs E_____ et T_____ soient également interpellés. Le 11 janvier 2008, le Tribunal de céans a imparti un délai aux parties pour déposer leur liste de questions et les a informées que si des précisions étaient encore nécessaires, il se réservait la possibilité d'entendre l'un ou l'autre de ces médecins. Le 25 février 2008, les parties ont déposé leur liste de questions. Le 29 avril 2008, le Tribunal a soumis ces questions aux Drs T_____ et E_____. Par courrier du 14 mai 2008, le Dr E_____ a indiqué qu'en tant que chirurgien-orthopédiste, il ne lui était pas possible de prendre position de manière fondée dans la mesure où il n'avait aucune qualification pour faire une appréciation neurologique et neuropsychologique. Le 11 juin 2008, le Tribunal a procédé à une comparution personnelle des parties ainsi qu'à l'audition des Drs B_____ et R_____. Le Dr B_____ a déclaré qu'au moment de l'accident, un traumatisme crânio-cérébral avec

commotion cérébrale avait été diagnostiqué en premier lieu et, dans une moindre mesure, une distorsion cervicale, bien qu'elle soit difficile à établir. La patiente avait cependant émis des plaintes en ce sens par la suite. Ensuite, avait été posé le diagnostic de syndrome post-traumatique avec atteinte neuropsychologique. Plusieurs examens neuropsychologiques avaient permis d'objectiver les plaintes de la patiente. Il s'agissait d'examens objectifs qui ne reposaient donc pas sur les seuls dires de la patiente. Ils duraient approximativement une heure et ne permettaient pas de vérifier la capacité du patient à long terme, en situation de contrainte. C'est la raison pour laquelle, il fallait procéder également à des tests en situation de contrainte qui avaient eu lieu à deux reprises en 2005. Le premier, en avril 2005, par les HUG, qui avait conclu à une baisse des performances verbales et visio-spatiales, à une augmentation du temps de réaction, à une baisse des performances de la mémoire et des performances de l'attention soutenue. Le second avait été pratiqué en août de la même année par le Dr G_____ qui avait conclu à des troubles apparaissant lors de tâches requérant beaucoup d'attention. Après quelques mois d'activité, la patiente s'était plainte d'une fatigue accrue, de vertiges, de maux de tête, d'irritabilité. Sur le plan professionnel, elle avait été confrontée à ses limites et c'est alors que son état s'était dégradé. Les lésions occasionnées par un traumatisme cranio-cérébral n'étaient pas visibles immédiatement après ce dernier, mais seulement plusieurs mois après. La littérature médicale parlait d'un délai d'une année. Le résultat du deuxième scanner ne pouvait s'expliquer que par l'accident et il était absolument formel sur ce point. Il existait, certes, des variations anatomiques selon les patients, mais la situation normale révélée par le premier scanner lui permettait de se montrer aussi formel. Il a estimé que les troubles psychiques de l'assurée, notamment son irritabilité et son angoisse, étaient secondaires à l'accident. Il s'agissait de troubles psycho-organiques, en ce sens qu'ils étaient induits par l'état permanent dans lequel se trouvait la patiente. Ils conduisaient à un affaiblissement général et à une diminution de sa capacité de résistance. A l'heure actuelle, le côté neuropsychologique prédominait. Le 12 septembre 2007, soit près de trois semaines après la rentrée, la patiente avait finalement dû admettre qu'elle n'était plus capable d'exercer son activité, alors même qu'elle s'était battue pour continuer à exercer une profession qu'elle adorait. Selon lui, la relation de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité totale de travail actuelle n'était pas seulement probable, mais certaine. Si les horaires de la patiente avaient pu être aménagés, cela n'aurait fait que repousser l'échéance car le programme avait été totalement remanié. Il a pris connaissance du rapport du Dr R_____ et a affirmé partager entièrement ses conclusions. Pour sa part, le Dr R_____ a déclaré que le diagnostic sur le plan strictement neurologique était double. La patiente présentait d'une part, une encéphalopathie post-traumatique légère, avec déficit de l'attention et des fonctions exécutives, et d'autre part, des céphalées et cervicalgies post-traumatiques. Des troubles neuropsychologiques de trois types avaient été essentiellement relevés. Tout d'abord, des problèmes attentionnels à la fois diffus (fluctuations de la concentration) et plus spécifiques, sous forme d'hémi-extinction visuelle (en d'autres termes, lorsqu'une double stimulation était pratiquée, la patiente parfois ne percevait plus celle de gauche). Ce dernier élément était une indication assez forte pour des séquelles organiques d'un traumatisme et démontrait que le système attentionnel était touché. En second lieu, des problèmes de type exécutif relatifs à la mémoire de travail. Il s'agissait là de troubles relativement peu spécifiques, en ce sens qu'ils pouvaient être la conséquence d'autres affections et ne résultaient pas nécessairement d'un traumatisme. La fatigabilité qui accompagnait ce trouble en rapport avec la charge de travail le faisait pencher en faveur d'une cause

traumatique. Enfin, la fatigabilité, qui bien qu'elle n'avait pas pu être mise en évidence par les tests ayant duré de deux à trois heures, était ressortie de l'anamnèse et, plus particulièrement, de la confrontation de l'assurée avec le milieu du travail. Même si l'encéphalopathie était légère, il n'en allait pas forcément de ses conséquences car l'impact était d'autant plus important que l'activité pratiquée requérait des ressources attentionnelles importantes. L'aggravation survenue en 2005 était à mettre en relation avec la difficulté de la patiente à gérer le quotidien et la charge de travail due à son état à la suite de l'accident. Il a confirmé que, juste après un traumatisme, l'imagerie ne pouvait rien montrer. Une atrophie pouvait se développer par la suite, mais, en général, pas en cas de traumatisme mineur. S'agissant de savoir s'il existait une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique, il a relevé deux éléments forts, d'une part, l'hémi-extinction visuelle, d'autre part, l'aggravation des troubles au fur et à mesure de la reprise du travail. Compte tenu de l'activité exercée par l'assurée, il a estimé que cette atteinte réduisait la capacité de travail de l'assurée (de 50% à 35%). A son avis, un spécialiste en imagerie médicale devrait revoir les deux examens pratiqués, afin de vérifier s'il y avait effectivement eu atrophie. En termes habituels, un trouble cranio-cérébral (TCC) mineur ne devrait pas donner lieu à un arrêt de travail total car le patient réussissait à assumer un temps de travail partiel en aménageant son poste. Il lui paraissait un peu inhabituel de ne pas pouvoir, malgré tout, assumer huit heures par semaine. A la suite des explications de la recourante, il a admis que le fait de devoir travailler deux jours de suite lui paraissait délétère et rendait l'arrêt de travail total moins inhabituel, mais qu'il était toujours un peu insolite que cet arrêt durât depuis maintenant plusieurs mois. Il a expliqué qu'il avait conclu à une diminution de l'horaire de travail et à un 35% parce que la situation ne pouvait être idéale mais qu'il était inhabituel, de façon générale, de ne pouvoir continuer à exercer à 35%. L'incapacité totale de travail, en ce sens, lui paraissait insolite. En revanche, la diminution du temps de travail, lui paraissait tout à fait dans l'ordre des choses suite au traumatisme subi. A son avis, les deux composantes, neuropsychologique et affective, étaient impliquées et toutes deux post-traumatiques. En posant le diagnostic de trouble affectif d'origine mixte, il avait entendu une composante post-traumatique. A son sens, la relation de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident était probable. Pour sa part, la recourante a déclaré que, malgré ses demandes, le DIP avait réduit ses huit heures de travail hebdomadaire à six et les avait groupées sur deux jours, à raison de quatre heures le lundi et deux le mardi, ce qui ne lui permettait pas de récupérer. D'autre part, elle s'était rendu compte, en corrigeant les épreuves communes, qu'elle n'avait pas les capacités pour répondre aux questions de 8^{ème} année, alors même qu'elle est diplômée en biologie. Le 16 juin 2008, la recourante a produit dans la procédure un nouveau rapport du Prof. U_____ daté du 24 avril 2008. Ce dernier a précisé qu'outre les plaintes déjà répertoriées, la patiente décrivait une simultanagnosie (visuelle, auditive) et qu'un examen de la perception des mouvements avait permis d'objectiver ses plaintes en révélant des altérations prédominantes dans l'analyse des mouvements horizontaux et une nette altération de la perception des flux visuels. Il a conclu que les symptômes rapportés par la patiente pouvaient se rencontrer dans un syndrome post-commotion mais également dans des phénomènes de caractère dégénératif du système nerveux central. Toutefois, la relation temporelle entre l'apparition des symptômes et l'accident corroborait fortement l'hypothèse post-commotionnelle. Dans son écriture du 18 juillet 2008, la recourante a observé que, contrairement aux dires du Prof. R_____ lors de son audition, une deuxième IRM avait été effectuée qui concluait à une légère atrophie sous-corticale. De plus, à la suite des derniers certificats médicaux du

Dr B _____ attestant une incapacité totale de travailler depuis septembre 2007, elle a modifié ses conclusions tendant désormais à l'octroi d'une indemnité journalière calculée sur la base d'une incapacité de travail de 100 % dès le 1^{er} septembre 2007. Elle a produit le rapport d'IRM cérébrale du 4 avril 2008. Le 21 juillet 2008, l'intimée a transmis au Tribunal la traduction française de l'appréciation du Dr T _____ datée du 30 mai 2008 dans laquelle ce médecin a indiqué être spécialiste en neurologie, en psychiatrie et en psychothérapie. Compte tenu de l'ensemble des documents médicaux, il retenait que l'assurée avait subi avec vraisemblance, le 27 septembre 2002, une commotion cérébrale (léger traumatisme cérébral, MTBI) et qu'une distorsion cervicale ou une contusion cervicale étaient tout au plus possibles. Il a précisé qu'un « whiplash associated disorder (WAD) » n'entrait pas en considération au regard des documents médicaux établis peu après l'accident. Selon la classification clinique des traumatismes cérébraux d'après l'Association des sociétés européennes de neurologie, on pouvait considérer le traumatisme cérébral comme léger. L'imagerie cérébrale n'avait montré aucun signe de lésion organique ou structurelle comme étant séquentaire de l'accident de sorte qu'on ne pouvait pas admettre l'existence d'une lésion cérébrale importante. Quant aux maux de tête survenus plus de sept jours après l'accident, ils ne pouvaient pas être classés dans les céphalées post-traumatiques et aiguës selon les critères de la Société internationale des céphalées. Il n'y avait pas de relation causale vraisemblable entre le résultat des examens neuropsychologiques et l'accident du 27 septembre 2002. L'accentuation des troubles et la sévérité des dommages neuropsychologiques, qui étaient chaque fois différentes lors des examens neuropsychologiques, montraient que ces résultats étaient influencés par des facteurs indépendants de l'accident (par exemple : anxiété affective). L'aggravation des résultats de l'examen neuropsychologique du 9 décembre 2002 par rapport aux examens antérieurs n'était pas explicable d'un point de vue neurologique par une lésion parenchymateuse cérébrale structurelle ou organique en relation avec l'accident de sorte que les résultats de l'examen neuropsychologique du 9 juin 2005 ne pouvaient pas être considérés avec vraisemblance comme étant liés à l'accident. De même les résultats cités dans le rapport neurologique du 6 février 2007 constatant une possible modification de la personnalité ne fondaient pas des conséquences post-traumatiques organiques ou structurelles dans le domaine du système nerveux. L'hypersomnie, les céphalées fréquentes associées à une photo-phonophobie, les vomissements, les bourdonnements dans les oreilles, les échauffements des pieds et les paresthésies péri-buccales n'étaient pas présents lors de l'observation de la recourante aux HUG, ni lors des premières semaines après l'accident de sorte qu'ils ne pouvaient pas être considérés avec vraisemblance comme ayant une relation de causalité avec l'accident. Aucune maladie systémique n'était documentée dans les premières semaines qui avaient suivi l'accident. L'imagerie médicale n'avait montré aucun signe de fracture crânienne, de lésion intracrânienne ou cérébrale en relation avec l'accident. L'ensemble des documents médicaux ne montrait pas de lésion organique ou structurelle du système nerveux périphérique ou central séquentaire à l'accident. A son avis, les atrophies de grade léger décrites sur les clichés d'IRM cérébrale du 19 juillet 2005 étaient compatibles avec un processus dégénératif cérébral en rapport avec une maladie, mais il pouvait s'agir aussi d'une formation embryonnaire qui ne s'était plus modifiée depuis la fin de la maturation cérébrale. Par conséquent, il ne s'agissait pas de séquelles de lésion cérébrale traumatique et, d'un point de vue neurologique, on devait considérer comme possible qu'elles aient existé avant l'accident de 2002. Il n'y avait aucune diminution durable de la capacité de travail ou des performances dans la profession apprise ou sur le marché général

du travail fondée sur des séquelles organiques ou structurelles de l'accident. Dans son écriture du 15 août 2008, la recourante a allégué n'avoir eu aucun antécédent médical, neurologique, psychiatrique, cervical, auditif ou autre avant l'accident et que des séquelles définitives visuelles post-traumatiques étaient apparues, à savoir une héli-extinction, un déficit campimétrique, une décoloration de la rétine, des problèmes d'application des hauteurs, des vitesses et des distances, etc. Elle a également mentionné l'apparition d'une atteinte du tronc cérébral et d'une atrophie sous-corticale. Elle a allégué que le Dr T_____ avait prétendu de façon mensongère au Tribunal l'avoir examinée le 25 avril 2007. De plus, ses observations étaient contredites par sept de ses confrères qui l'avaient tous examinée au moins une fois contrairement à lui. Elle a relevé que le Prof. U_____ avait notamment diagnostiqué, d'une part, une altération campimétrique pouvant être d'origine traumatique, d'autre part, une difficulté d'appréciation des hauteurs, des distances et des vitesses des objets. De plus, il concluait à une origine très vraisemblablement commotionnelle des symptômes vu la relation temporelle entre l'apparition desdits symptômes et l'accident. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes. Dans son écriture du 18 août 2008, en se référant intégralement à l'appréciation médicale du Dr T_____ du 30 mai 2008, l'intimée a persisté dans ses précédentes conclusions. Le 20 août 2008, le Tribunal a communiqué chacune de ces écritures à la partie adverse respective et, sur ce, a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment le refus de verser des prestations à la suite de la reprise d'une incapacité de travail partielle à partir du 8 novembre 2004, sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 23 mai 2007 et a été reçue le lendemain de sorte que le délai de recours a débuté le 25 mai 2007 pour prendre fin le samedi 23 juin 2007 et être reporté au lundi 25 juin 2007 (art. 38 al. 3 et 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours a été formé en temps utile, le dernier jour du délai reporté (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Le litige porte sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident survenu le 27 septembre 2002 et l'incapacité de travail à partir du 8 novembre 2004 et annoncée le 6 janvier 2005. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). 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 doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). Le droit à des prestations découlant

d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (Schleudertrauma, whiplash-injury), de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 in fine, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b.). 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. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références). Il y a toutefois lieu de revenir à cette distinction lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de type «coup du lapin» (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b; voir également ATF 134 V 109 consid. 9.5). A l'ATF 134 V 109 consid. 9.5, le Tribunal fédéral

a précisé les conditions de validité de l'expertise pluri- ou interdisciplinaire requise en cas de « coup du lapin ». Celle-ci doit émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en oeuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes au sujet du point de savoir si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements au sujet du point de savoir si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a). 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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, ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). En l'espèce, l'intimée considère que l'incapacité de travail apparue en novembre 2004 n'est pas en rapport de causalité avec l'accident du 27 septembre 2002, au motif que le lien de causalité entre les troubles non spécifiques et l'accident est tout au plus possible et que, de plus, il n'existe pas de substrat organique aux troubles de la recourante hormis quelques cervicalgies et céphalées résiduelles. Pour sa part, cette dernière allègue qu'elle présente des séquelles visuelles post-traumatiques, une atteinte du tronc cérébral et une atrophie sous-corticale qui ont toutes été objectivées. Contrairement à ce que prétend l'intimée, il convient également de tenir compte des examens neuropsychologiques dans le cadre de l'examen du lien de causalité naturelle (ATF 117 V 369 consid. 3f ; ATFA non publié U 75/07 du 23 octobre 2007, consid. 4.2.1). Selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 septembre 2006, la recourante présente un status après commotion cérébrale et distorsion cervicale simple (degré I à II) ainsi qu'un syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale persistant surchargé de facteurs anxiogènes. Sur le plan somatique, les experts font état d'un examen clinique sans anomalie significative en dehors de troubles tout à fait atypiques caractérisés par une instabilité avec tendance à chuter en arrière aux épreuves de stabilisation et une diplopie dans le regard droit à l'examen de l'oculomotricité. Ils observent que l'IRM cérébrale du 18 juillet 2005 a été interprétée comme étant sans anomalie significative à l'exception d'une légère atrophie cortico-sous-corticale sans troubles objectivables des mouvements oculaires. De plus, cette atrophie ne peut pas être interprétée comme étant une probable séquelle post-traumatique cranio-cérébrale au motif que les légères atrophies corticales sont fréquemment décrites dans des situations tout à fait normales et que le traumatisme cranio-cérébral n'a pas été suffisamment important pour

entraîner une atrophie diffuse. Sur la base des différents examens neurologiques et des IRM cérébrales, ils ne retiennent pas d'éléments sur le plan neurologique permettant de conclure à l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique. Sur le plan ophtalmologique, ils relèvent un déficit temporal supérieur partiel à l'œil droit qui a toujours été présent ainsi qu'un léger déficit parapapillaire temporal supérieur à l'œil gauche. Ils rejettent une origine post-traumatique (neuropathie optique notamment) de ce dernier déficit au motif qu'il n'y a pas de déficit pupillaire, la coloration de l'anneau neurorétinien est bonne, la fonction visuelle centrale est bonne et l'examen du fond de l'œil montre une dysversion papillaire nasale inférieure correspondant exactement au déficit partiel du champ visuel temporal supérieur. Ils considèrent que ce déficit campimétrique est congénital. Sur le plan psychique, ils ne constatent pas de troubles de la lignée dépressive, mais une anxiété manifeste. Après avoir examiné les divers tests neuropsychologiques, ils notent qu'au début les troubles ont été bien documentés, que la récupération a commencé rapidement, que dix mois après l'accident seuls subsistaient quelques signes d'anxiété, que le status cognitif était considéré comme stable presque deux ans après la reprise du travail dont une année selon un temps de travail identique à celui existant juste avant l'accident, que la neuropsychologue décrivait la patiente comme non ralentie et non fatigable alors que les tests neuropsychologiques sont un bon outil pour mesurer la fatigabilité. Selon eux, l'apparition de troubles lors de l'augmentation du temps de travail n'est pas établie au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. De plus, l'anamnèse ne permet pas de comprendre les raisons de cette symptomatologie qui est probablement très contextuelle sans qu'il soit possible de la rattacher avec un degré de vraisemblance prépondérante à l'accident de sorte que son origine est à rechercher dans une prédisposition prémorbide. Ils considèrent que l'évolution a été caractérisée par la persistance ou l'aggravation de la symptomatologie en relation avec des facteurs psychiques indépendants de l'événement accidentel, qu'actuellement la composante psychique prédomine dans la symptomatologie qui n'est pas, au degré de vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident, qu'enfin, actuellement, la composante strictement post-traumatique de la symptomatologie est mineure. Ils admettent que quelques éléments cliniques typiques à savoir quelques cervico-céphalalgies et plaintes neuropsychologiques (fatigue) existent encore actuellement et sont en relation de causalité naturelle persistante avec l'événement accidentel, mais que l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent plus être considérées comme étant en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident depuis la reprise du travail de la recourante au même degré d'activité qu'avant l'accident, soit depuis le 5 janvier 2004. Ils précisent que les facteurs psychiques paraissent actuellement au premier plan dans la symptomatologie. En résumé, pour les experts, l'accident a provoqué un traumatisme cranio-cérébral mineur et une distorsion cervicale simple. Il existe des troubles organiques, à savoir des légères atrophies corticales sans rapport avec l'accident et un déficit campimétrique congénital. Le tableau typique des troubles après une distorsion de la colonne cervicale est tout à fait en arrière-plan par rapport aux troubles psychiques. Les troubles actuels et l'incapacité de travail ne sont plus en relation de causalité avec l'événement accidentel depuis le 5 janvier 2004, date de la reprise de ladite activité à 100 %, et il n'y a pas de perte d'intégrité. Ce rapport d'expertise remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions procèdent en effet d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances relevantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical, des plaintes de la recourante et du status clinique. De plus, les experts ont

complété le status clinique en faisant procéder à des examens complémentaires ophtalmologiques. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur le lien de causalité naturelle. Les réponses qu'ils ont apportées aux questions posées par les parties sont en outre exhaustives et motivées. A cet égard, ils expliquent, notamment, que quelques cervico-scapulalgies et la fatigue sont encore en rapport de causalité naturelle avec l'accident, mais que l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne permettent pas de les considérer comme étant en rapport de causalité probable avec l'accident. Autrement dit, ils admettent que les troubles peuvent correspondre à des déficits fonctionnels typiques d'un traumatisme cranio-cérébral, mais que, vu leur importance et leur répercussion sur la capacité de travail qui est nulle, cette hypothèse n'est pas probable. Par ailleurs, les experts tiennent compte des avis contraires des Drs B_____ et G_____ en expliquant pourquoi ils s'écartent de l'appréciation de ces médecins. La recourante critique l'expertise au motif que les experts ne l'ont examinée que 15 minutes chacun. Or, la durée de l'examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert. Le rôle de ce dernier consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. La durée d'observation n'entre pas dans les critères retenus par la jurisprudence pour reconnaître un caractère probant à une expertise médicale (ATF non publié 9C_461/2008, consid. 3 et ATFA non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4). De plus, la recourante fait valoir que les experts n'auraient pas tenu compte des nombreux rapports qu'elle leur a remis. Or, elle ne cite pas les documents qu'elle leur a transmis et dont ils n'auraient pas tenu compte de sorte qu'il n'est pas possible de vérifier son argumentation. Enfin, on ne voit pas en quoi les erreurs de report de divers rapports médicaux invoqués par la recourante auraient une quelconque incidence sur l'examen du lien de causalité naturelle par les experts. Etant donné que le rapport des experts ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes, il remplit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une entière valeur probante. Au demeurant, les conclusions des experts sont confirmées par deux médecins. En effet, dans son rapport du 25 juillet 2005, le Dr V_____ retient que, bien que la gravité moyenne à sévère de la commotion cérébrale n'est pas contestée, en revanche, il n'est pas établi que le traumatisme cranio-cérébral est à l'origine de la diminution des capacités cognitives de la recourante. Dans son rapport du 25 avril 2005, le Dr T_____ expose que les anomalies dans les résultats des tests neuro-psychologiques peuvent s'expliquer par des facteurs multiples, notamment par une propension préexistante à l'anxiété et par d'autres facteurs psychosociaux sans lien avec l'accident de sorte que le lien de causalité entre les troubles non spécifiques et fluctuants avec l'accident est tout au plus possible. Ces conclusions sont également confirmées par la science médicale, selon laquelle, l'évolution post-traumatique typique pour un léger traumatisme cranio-cérébral consiste en une convalescence de six à 12 semaines (ATFA non publié U 234/03 dz 3 mai 2004, consid. 2.2). Le Dr B_____ conteste les conclusions des experts. Dans son rapport du 5 octobre 2006, il considère que les examens neuropsychologiques établissent l'existence de troubles objectifs et que la littérature scientifique démontre l'existence de séquelles neuropsychologiques même longtemps après un traumatisme mineur. Selon les connaissances actuelles dans le domaine du «mild head injury», la concussion cérébrale peut conduire à une atteinte axonale diffuse sans qu'il y ait nécessairement des modifications d'imageries cérébrales et, dans les cas d'IRM positive, on trouve des signes d'atrophie cérébrale ou d'élargissement des espaces péri-vasculaires déjà 11 mois après le traumatisme. Les symptômes que la recourante présente sont en général

des facteurs prédictifs de plaintes prolongées après concussion cérébrale. Lors de son audition par le Tribunal, le médecin traitant précise que les examens neuropsychologiques ne permettent pas de vérifier la capacité du patient à long terme raison pour laquelle il convient également de procéder à des tests en situation de contrainte. Pour lui, le résultat du deuxième scanner ne peut s'expliquer que par l'accident et il est formel à ce sujet en raison de la situation normale révélée par le premier scanner. Il estime que la relation de causalité naturelle est certaine entre l'accident et l'incapacité de travail totale actuelle. La recourante conteste également les conclusions des experts en se basant sur l'appréciation du Dr R_____.

Dans son rapport du 15 janvier 2007, ce médecin relève la présence de difficultés cognitives évoquant une souffrance cérébrale diffuse à prédominance frontale. Il observe que les difficultés de type attentionnel et dysexécutif constatées lors des évaluations neuropsychologiques sont typiquement retrouvées après un traumatisme crânien même modéré. Il explique que bien qu'elles soient peu spécifiques, car retrouvées dans plusieurs pathologies organiques fonctionnelles, elles sont typiques d'une atteinte post-traumatique en raison de la chronologie de leur apparition, de leur cohérence avec les plaintes et de leur persistance clinique en 2003. Il considère que les troubles affectifs dans le sens d'une anxiété accrue et d'un état dépressif sont clairement apparus après l'accident mais que leur origine est mixte et qu'ils ne peuvent pas être tenus pour seuls responsables des difficultés de la patiente bien qu'ils puissent aggraver les symptômes. Lors de son audition par le Tribunal, il précise que le diagnostic sur le plan neurologique est double, à savoir d'une part, une encéphalopathie post-traumatique légère avec déficit de l'attention et des fonctions exécutives, d'autre part, des céphalées et cervicalgies post-traumatiques. L'hémi-extinction visuelle est pour lui une indication assez forte pour retenir des séquelles organiques à la suite d'un traumatisme et démontre que le système attentionnel a été touché. Bien que les problèmes de type exécutifs relatifs à la mémoire de travail soient peu spécifiques, la fatigabilité accompagnant ce trouble en rapport avec la charge de travail le fait pencher pour une cause traumatique. Il observe qu'une atrophie cérébrale peut se développer dans les suites d'un traumatisme, mais en général pas lorsqu'il est mineur. Il relève que l'hémi-extinction visuelle ainsi que l'aggravation des troubles au fur et à mesure de la reprise du travail sont deux éléments forts en faveur d'une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique. Il considère que la relation de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident est probable. L'appréciation du Dr B_____ ne permet pas de douter des résultats de l'expertise dès lors que son argumentation principale repose sur la présence d'une atrophie cérébrale décelée lors de l'IRM du 18 juillet 2005. Or, selon le Dr R_____, une telle atrophie ne peut pas se développer en général à la suite d'un traumatisme mineur comme celui présenté par la recourante. De plus, selon les experts, cette atrophie n'est pas d'origine post-traumatique. Par conséquent, il n'est pas possible de retenir comme le fait le médecin traitant que ladite atrophie est d'origine post-traumatique de sorte que les hypothèses qu'il pose ne sont pas vérifiées. L'appréciation du Dr R_____ ne remet pas davantage en question les résultats de l'expertise étant donné que sa thèse principale est que l'hémi-extinction visuelle est le signe d'une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique. Or, selon le rapport du Dr I_____ établi le 28 mars 2006, il n'y a pas de déficit objectivable expliquant les plaintes d'amputation du champ visuel supérieur et droit. De plus, l'étiologie post-traumatique est peu probable car il n'y a pas de déficit pupillaire afférant, la coloration de l'anneau neurorétinien est bonne, la fonction visuelle centrale est bonne et le déficit nasal inférieur correspond exactement au déficit partiel du champ visuel temporal supérieur de

l'œil droit. Par conséquent, l'appréciation dûment motivée du Dr I _____ contredit l'origine post-traumatique du déficit visuel. Enfin, bien que le Dr R _____ ait eu connaissance du rapport d'expertise du CEMed, il ne prend pas position sur ledit rapport d'expertise et ne prétend pas que les experts auraient omis de prendre en considération certains éléments objectifs. Par conséquent, son appréciation n'est pas probante. En outre, il convient de constater que les conclusions du rapport d'expertise, repose sur appréciation consensuelle du cas par un collège de médecins spécialistes, résultent d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective -, portant aussi bien sur les aspects somatiques que psychiques des troubles allégués. De plus, aucun de ces médecins ne fait état d'éléments objectifs pertinents que les experts n'auraient pas pris en considération. Or, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise, une évaluation médicale complète et approfondie ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne pourrait en aller différemment que si lesdits médecins faisaient état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'évaluation globale et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF non publié 9C_181/2007 du 22 janvier 2008, consid. 3.1, ATF non publié I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2; ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175). Enfin, l'argument de la recourante selon lequel elle n'a présenté aucun état antécédent médical avant l'accident reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe de rechercher l'étiologie des troubles et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Dès lors, le Tribunal suivra les conclusions des experts qui considèrent qu'à partir du 5 janvier 2004, il n'y a plus de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 27 septembre 2002. Au demeurant, le résultat n'est pas différent si on examine la question sous l'angle de la causalité adéquate. Même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, lorsque des lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2). L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b). En cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il convient tout d'abord de distinguer les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification

des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : 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 puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). Selon les experts, les séquelles du traumatisme crânien avec commotion cérébrale sont à l'arrière plan et le tableau clinique est très nettement dominé actuellement par les troubles psychiques. Par conséquent, la problématique d'ordre psychique présentée par l'assurée ne peut pas être considérée comme une partie du tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral ou de type « coup du lapin » mais comme une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique en question. Dès lors, il convient d'examiner la question du lien de causalité adéquate selon les critères jurisprudentiels déterminants en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. En l'espèce, l'assurée a été victime d'une chute à la suite d'une collision avec un scooter qui a heurté le côté gauche de son vélo alors qu'elle traversait un passage pour piétons en pédalant sur sa bicyclette et qu'elle portait un casque. Selon les déclarations d'un témoin, le scootériste ne roulait pas vite et il a freiné énergiquement. La recourante a été victime d'un traumatisme crânien d'intensité légère accompagné d'une commotion cérébrale de gravité moyenne, d'une entorse cervicale et d'une fracture de l'auriculaire gauche. Au vu des circonstances, cet accident peut être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais il n'apparaît pas comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, ni ne se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb et cc; ATF non publié C 322/07 du 1^{er} juillet 2008, consid. 5.1 et ATFA non publié U 83/02 du 14 octobre 2002, consid. 3b). Les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. Le fait que l'assurée ait été renversée par un scooter qu'elle n'a pas vu arriver, à proximité d'un feu rouge et à l'intérieur d'une localité, ne suffit pas à conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant (ATFA non publié U 385/05 du 5 octobre 2006, consid. 4). Par ailleurs, les lésions physiques n'étaient pas d'une gravité telle qu'elles étaient de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En effet, lors de la sortie de l'hôpital, le 30 septembre 2002, les médecins des HUG ont seulement prescrit un traitement médicamenteux accompagné d'une incapacité de travail d'une quinzaine de jours et un suivi d'examen neuropsychologique. De plus, il n'apparaît pas à la lecture du dossier que la recourante aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. La durée

de l'incapacité de travail n'a pas davantage été particulièrement longue, compte tenu du fait que l'assurée a pu reprendre le travail à 50 % trois mois après ce dernier, puis totalement 15 mois après l'accident de sorte que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions somatiques n'apparaît pas propre à entraîner une atteinte à la santé psychique (ATFA non publié U 49/04 du 10 février 2005, consid. 5.1). Quant au traitement médical, après une distorsion cervicale, un suivi médical s'étendant sur deux à trois ans doit être considéré comme normal pour le type de traumatisme subi (RAMA 3/2005 U n° 549, p. 236 consid. 5.2.4; ATFA non publié U 201/02 du 30 novembre 2004, consid. 3.3.2). Reste que la recourante continuait, au moment de l'expertise du CEMed soit près de quatre ans après l'accident, à souffrir de douleurs à la nuque et de céphalées. Au regard de l'ensemble des circonstances, ce seul critère de la persistance des douleurs ne permet pas de retenir, en l'absence d'autres facteurs déterminants, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé de la recourante. Par conséquent, cette dernière ne peut prétendre des prestations de l'assurance-accidents pour la période litigieuse. Quant à l'absence d'atteinte à l'intégrité relative aux troubles en relation de causalité avec l'accident, elle repose sur l'appréciation du Dr F_____ qui a été confirmée par l'expertise du CEMed. Si le Dr B_____ retient, pour sa part, une atteinte à l'intégrité de 20 %, son appréciation prend en considération les troubles actuels de la recourante dont seuls une infime partie sont encore en relation de causalité avec l'accident du 27 septembre 2002 de sorte que son opinion n'est pas susceptible de remettre en cause les avis des médecins qui ont traité cette question. Par conséquent, il y a lieu de confirmer la décision sur opposition. La recourante estime qu'il convient de procéder à des mesures supplémentaires d'instruction sous forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer l'existence d'une invalidité et le taux de celle-ci. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer négativement sur la question du lien de causalité naturelle, une expertise destinée à déterminer l'invalidité et le taux de celle-ci s'avère superflue de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de l'assurée. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY 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.