

GE_GERICHTE A/2519/2014 vom 22. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2519_2014

FR: GE_GERICHTE A/2519/2014 du 22 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/2519/2014 del 22 giugno 2015

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à, ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître WASMER Olivier recourante contre ZÜRICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Hagenholzstr. 60, ZÜRICH intimée EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, la patiente ou la recourante), née le _____ 1960, domiciliée à Genève était, en octobre 2010, employée (à 70%) en tant que directrice adjointe de la Fondation B_____ à Genève, et à ce titre assurée auprès de la Zurich compagnie d'assurances SA (ci-après : la Zurich, l'assureur-accidents ou l'intimé), contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 3 octobre 2010 vers 11h50, elle a été victime d'un accident de la circulation routière en France voisine, dans la localité de Viry : circulant au volant de son véhicule 4X4, Nissan Terrano, à une vitesse de 30km/h, prioritaire, elle est entrée en collision à la hauteur de son aile avant gauche avec l'avant droit de l'automobile, Toyota Yaris, conduite par M. C_____, qui circulait à une vitesse de 50km/h. L'assurance-responsabilité civile véhicule de cet automobiliste est la Bâloise. Il n'a pas été établi de rapport de gendarmerie ; seul un constat amiable d'accident a été rempli et signé par les protagonistes. Lors du choc, la tête de l'assurée a frappé la vitre côté conducteur. Conduite à l'hôpital de Saint-Julien-en-Genevois, elle a rapidement été transférée aux HUG où elle a été examinée et a reçu les premiers soins à 14h56. Selon le résumé de séjour du service des urgences « voie verte » de cet hôpital, établi par les docteurs D_____, chef de clinique, et E_____, médecin interne au SMPR, le diagnostic principal est celui de traumatisme crânien sans signe d'atteinte de l'encéphale. On mentionne des symptômes d'hémicranialgies gauche; la patiente se plaint d'une dysesthésie faciale gauche. Il est fait mention d'antécédents de cancer du sein gauche, opéré avec radiochimiothérapie adjuvante. A l'examen clinique: pas d'hématome au visage, douleurs à la palpation de l'os temporal gauche ; nerfs crâniens conservés, voies longues, force, tonus et sensibilité conservés, ROT hypovifs, symétriques. Il a été procédé à une radiographie de la colonne cervicale de face et de profil, et à un scanner cérébral natif. Un traitement médicamenteux (Irfen, Nexium et Dafalgan) a été prescrit, un contrôle étant prévu chez le médecin traitant (docteur F_____, médecin généraliste) dans les 48 heures. Enfin un arrêt de travail à 100 % a été prescrit du 3 au 5 octobre 2010, prolongé par le médecin traitant dès le 5 octobre. L'assurée a repris le travail le 2 novembre 2010.

2. L'accident a été annoncé à la Zurich, par l'employeur, sur un formulaire LAA, le 14 octobre 2010.

3. Le 21 décembre 2010, le médecin traitant a répondu à un questionnaire de l'assureur-accidents : le début du traitement remontait au 5 octobre 2010, pour contusion hémicrânienne latérale gauche, et troubles du langage post-traumatique. Le diagnostic était celui de contusion cérébrale SNC et syndrome post-traumatique. La patiente se plaignait de troubles du langage, céphalées, cervicalgies, troubles sensitifs de la région cervicale. A mi-novembre 2010, l'assurée présentait des céphalées au mouvement ; elle ne pouvait pas

lire, écrire, parler, la mobilité de sa tête déclenchait des céphalées, des cervicalgies et des vertiges. La patiente serait réévaluée dans le courant de janvier 2011.!

Le 11 mars 2011, le médecin traitant a, à nouveau, certifié une incapacité de travail de 100 % dès le 7 mars 2011, la reprise étant fixée au 14 mars 2011.!

Dans un certificat médical intermédiaire du 17 mars 2011, ce médecin a posé le diagnostic de status après contusion hémicrânienne gauche, status post troubles du langage, céphalées post-traumatiques, troubles visuels en investigation. Quant à l'évolution, il mentionne des céphalées résiduelles, sous traitement antalgique. Il estime utile de demander une appréciation par un autre médecin, en raison du syndrome post-traumatique probable, à réévaluer dans deux mois. 5.

Le 31 mars 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, a relevé dans son rapport de consultation du 10 mars 2011, que l'assurée l'a consulté en raison de céphalées et impression d'instabilité à la marche, lui expliquant avoir été victime d'un accident de voiture en octobre 2010 avec présence d'un traumatisme crânien. Il n'y a, selon lui, aucune explication ophtalmologique ou orthoptique aux céphalées et à l'instabilité à la marche, ces status étant parfaitement dans les limites de la norme.!

Le 11 octobre 2011, le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie et électroencéphalographie, a examiné l'assurée, à la demande du médecin traitant. Il rappelle que la patiente avait subi au début octobre 2010 un accident de voiture où elle avait été percutée sur le côté gauche de son véhicule par un autre véhicule. Le choc avait été important. Il n'y avait pas eu de nette perte de connaissance, mais la patiente avait été transportée d'urgence d'abord dans un hôpital français à Saint-Julien-en-Genevois, puis aux HUG à Genève, où les premiers soins avaient été donnés. L'absence de fracture et de traumatisme crânien trop sévère lui avait permis de regagner son domicile le soir-même. Très rapidement elle avait développé une céphalée persistante bifrontale et bitemporale, des nausées, un trouble de la concentration. Par la suite, elle a dû gérer la survenue d'un carcinome du sein ainsi que des soucis professionnels avec une tentative de licenciement de la part de son employeur, mais qui avait échoué. Parallèlement elle devait s'occuper de ses trois enfants. Dans ce contexte de surcharge émotionnelle, la céphalée avait persisté. Elle avait développé des troubles du sommeil ainsi qu'une légère photophobie. L'examen clinique neurologique était normal. Le diagnostic était celui de syndrome post-traumatique entretenu par des événements de vie stressants. Le traitement consistait en du repos et la patiente devait éviter les facteurs extérieurs qui pourraient entraîner du stress. L'introduction d'un traitement pharmacologique adjuvant pourrait être discutée. Le pronostic était tout à fait favorable, pour autant que la patiente puisse disposer d'une période de repos suffisante.!

Le 17 octobre 2011, l'assurée a été entendue par le service des sinistres de la Bâloise, amenée à intervenir non seulement en qualité d'assureur RC véhicule à moteur en raison de l'accident du 3 octobre 2010, mais également en tant qu'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée, en raison des divers événements qui l'ont affectée, justifiant des périodes d'incapacité de travail et de traitements qui se chevauchaient en partie. Il ressort du rapport d'entretien, que l'assurée avait été traitée pour un cancer du sein avant l'accident du 3 octobre 2010. Une chirurgie réparatrice était prévue dans un premier temps pour le courant du mois de novembre 2010, mais elle avait été reportée ; elle avait eu lieu le 11 avril 2011. Lors de son rendez-vous préopératoire avec l'anesthésiste, l'assurée avait reçu un appel du directeur de la Fondation B_____, qui lui annonçait qu'elle allait être licenciée pour incompétence. Cette annonce, à un moment où elle se trouvait déjà dans l'appréhension d'une intervention chirurgicale, l'avait profondément affectée. Elle avait justifié un arrêt de

travail pour dépression. En arrêt de travail pour la chirurgie reconstructive dès le 11 avril 2011, elle avait eu quelques complications suite à cette opération, notamment des infections des fils. Elle avait toutefois déclaré que dès le 15 mai 2011 son incapacité de travail ne se justifiait que des suites du harcèlement professionnel évoqué précédemment, problématique pour laquelle elle était toujours suivie sur le plan psychiatrique par le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Depuis cette date elle n'avait plus été en état de reprendre son travail. Elle avait consulté un neurologue récemment, ce dernier lui indiquant qu'elle présentait des symptômes post-traumatiques en lien avec son accident d'octobre 2010. Ces symptômes prédominants justifiaient à eux seuls l'incapacité de travail actuel, et ainsi les certificats médicaux, établis dès le 16 septembre 2011, comportaient la mention « accident ». Sur le plan oncologique le traitement était terminé, et elle ne subissait que des contrôles périodiques. Sur le plan personnel, l'assurée vivait seule avec ses trois enfants, lesquels – et particulièrement le cadet - avaient aussi été très affectés par tout ce qui était arrivé à leur mère. La Bâloise, intervenant en qualité d'assureur perte de gain maladie, avait dès lors mis sur pied une expertise psychiatrique, confiée au docteur I_____ (du département de médecine communautaire et de premier recours des HUG) , psychiatre - psychothérapeute FMH et privat-docent à la Faculté de médecine de Genève.

8. L'expert a rendu son rapport le 9 novembre 2011, après avoir étudié le dossier transmis par la Bâloise, avoir examiné et s'être entretenu avec l'expertisée ainsi qu'avec le médecin traitant. Il ressort de l'anamnèse - hormis le rappel d'informations déjà relevées par d'autres intervenants - qu'après une scolarité primaire et secondaire en France, et une maîtrise en sciences économiques, l'expertisée était venue en Suisse vers l'âge de 24 à 25 ans, et avait travaillé pendant dix-sept ans dans le domaine bancaire, avant d'être engagée dès septembre 2005 par la Fondation B_____ dans un poste à 70 %, ayant parallèlement créé une fondation privée de coaching dans le canton de Vaud. En octobre 2007, elle avait été confrontée à un diagnostic de cancer du sein. En arrêt de travail à 100 % elle avait subi dans les mois suivants des traitements chirurgicaux, chimiothérapiques et radiothérapiques. Elle avait repris le travail à temps partiel puis à plein temps de novembre 2008 à mai 2009. Suite à la séparation de son couple elle avait été suivie par le Dr I_____ de mai à décembre 2009. En avril et mai 2010, elle s'était retrouvée en arrêt de travail suite à une intervention de reconstruction mammaire. Elle avait à nouveau repris le travail, lorsque survint l'accident du 3 octobre 2010. Après un nouvel arrêt d'un mois, elle avait repris son poste mais elle souffrait d'importantes céphalées, de difficultés de concentration et de troubles de la mémoire. En avril 2011, elle avait été hospitalisée pour une nouvelle opération de reconstruction mammaire, mais elle avait vécu dans le même temps le conflit avec son supérieur hiérarchique. À son retour au travail en mai 2011 elle s'était exprimée devant le bureau de la Fondation et son licenciement avait alors été annulé, son supérieur ayant apparemment été sanctionné. Cependant, dans les jours qui avaient suivi, son état psychique s'était dégradé : elle avait souffert d'insomnies, d'anorexie, de fatigue, d'agressivité et de crises d'angoisse. À compter du 16 mai 2011 son médecin traitant l'avait mise en arrêt de travail à 100 % et lui avait prescrit un traitement antidépresseur. Elle avait consulté un neurologue : celui-ci avait modifié le traitement antidépresseur. Elle avait également repris ses séances auprès du Dr I_____, au rythme d'une séance tous les huit à quinze jours. Au moment de l'expertise l'assurée était toujours en arrêt de travail à 100 %. L'expert a recueilli les plaintes de la patiente, particulièrement des troubles de la concentration et de l'attention. Elle explique commettre de nombreux oublis, perdre des objets, faire des erreurs dans les actes de la vie quotidienne. Elle explique devoir tout noter

pour ne pas oublier, ne pas réussir à lire plus que quelques lignes sans oublier, et devoir ainsi faire des résumés des documents qu'elle consulte. Elle dit avoir repris une activité d'apprentissage de l'anglais pour lutter contre ses troubles de mémoire. Son sommeil s'est amélioré par la prise de Laroxyl. L'appétit s'est également amélioré, avec une prise de poids récente. Elle se décrit comme triste et s'inquiète de l'avenir ; elle ne fait plus de crises d'angoisse mais craint de rechuter dans sa maladie cancéreuse ; elle redoute qu'on lui retire ses enfants et n'a plus confiance en elle sur le plan professionnel. Son estime de soi est fortement diminuée. Interrogée sur ses activités, elle dit s'occuper de son ménage, faire le moins possible de courses, aider ses enfants dans leurs tâches scolaires, et voir parfois des amis. Durant l'examen, l'expert a remarqué que la patiente s'exprime de façon démonstrative et un peu confuse, parfois presque logorrhéique. Elle doit être recentrée à plusieurs reprises sur la question posée. Le contenu idéatif est marqué par des idées de crainte, de peur de l'avenir et de sentiments de préjudice, tant sur le plan professionnel que conjugal. Les facultés cognitives apparaissent perturbées, le cours de la pensée est fluctuant et l'expertisée a du mal à maintenir le focus d'attention. L'expert n'a pas constaté de labilité émotionnelle, mais la mimique et la gestuelle sont significatives d'une importante anxiété. La tonalité du discours est nettement dépressive et le vécu émotionnel apparaît douloureux. Il n'y a pas d'idées suicidaires et la patiente ne se plaint pas de symptômes somatoformes. L'expert a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission partielle (F43.22). S'agissant de la capacité de travail actuelle et future dans la profession actuelle, l'état psychique de l'expertisée est fragile et une reprise d'activité ne peut pas être envisagée dans l'immédiat. Cependant l'état thymique devrait continuer à s'améliorer et une reprise de travail à temps partiel devrait être prochainement possible. Cependant un retour dans le même poste ne sera pas possible, tant en raison des exigences de rendement du poste que de la situation de conflit qui y prévaudrait. Une reprise d'activité ne sera donc envisageable dans quelques semaines, éventuellement en début janvier 2012, que si l'expertisée peut obtenir un poste adapté à son état, c'est-à-dire sans conflit majeur et sans exigences de rendement élevées. L'expert a ainsi répondu à toutes les questions posées.

9. Le 23 janvier 2012, le médecin traitant a établi un nouveau certificat médical intermédiaire LAA : le diagnostic actuel était : dépression réactionnelle, état d'épuisement, céphalées, complications post-opératoires d'une reconstruction mammaire, diverticules, polypes, coliques, syndrome post-traumatique, troubles de l'adaptation. D'autres médecins traitants ou consultés sont intervenus dans les domaines de gastro-entérologie, neurologie, radiologie, chirurgie de reconstruction et psychothérapie. L'incapacité de travail était toujours de 100 %, dès le 11 mai 2011 et pour une période indéterminée, la situation étant encore fragile sur le plan psychique, et au travail. À la question de savoir si d'autres facteurs ont une influence sur la reprise du travail ou l'augmentation de la capacité travail, soit des suites de maladies ou d'accidents antérieurs, il indique : « diverses difficultés ».

10. Le 3 mai 2012 l'assurée a fait l'objet d'une évaluation médicale confiée par l'assureur-accidents à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine physique et de réhabilitation à la Clinique Hirslanden de Zurich. Se fondant sur l'anamnèse et les différentes pièces figurant au dossier, notamment le constat d'accident et les documents médicaux, la Dresse J_____ a retenu que l'événement accidentel du 3 octobre 2010 avait consisté dans une collision latérale dans un carrefour, selon le croquis de l'accident ; relevant que l'assurée (son véhicule) avait été touchée à gauche, elle a considéré qu'il était difficile de savoir si la patiente avait effectivement cogné la tête, car elle avait dû voir le véhicule, depuis la droite, et, conductrice portant la ceinture de sécurité, elle n'avait

guère pu heurter la tête contre la vitre latérale, car selon l'expérience, un tel accident, procédant d'une collision latérale, ne conduit pas à une accélération classique du haut du corps/de la tête, comme celle qui résulte d'une collision inattendue par l'arrière. Les conséquences médicales ont été peu importantes : lors de la première consultation aucun examen d'imagerie n'a été effectué. En raison de maux de tête à gauche, il était prescrit des antalgiques. Les troubles de la sensibilité n'ont pas été objectivés. Il peut donc s'agir d'une distorsion légère de degré I, maximum II, dont les plaintes liées s'estompent selon l'expérience médicale générale, en quelques mois, 3 mois au plus. Le nouvel arrêt de travail prescrit en décembre 2010, ne peut se justifier par rapport au diagnostic initial posé juste après l'accident. Lorsqu'un patient ne peut plus lire, écrire, parler, il faudrait alors, selon le tableau organique/neurologique, poser le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral, lequel nécessite un traitement stationnaire. En outre, très vraisemblablement, doit-il s'agir d'un symptôme psychiatrique en relation prépondérante avec des facteurs étrangers à l'accident (histoire familiale, maladie, licenciement). Les problèmes psychiatriques sont documentés depuis mai 2009 et le rapport de causalité avec le cas d'accident bagatelle est invraisemblable. Au plus tard dès fin janvier 2011, le tableau des plaintes est marqué par des facteurs étrangers à l'accident et ne peut plus être attribué à l'événement du 3 octobre 2010, au degré de la vraisemblance prépondérante. Cette opinion est d'ailleurs soutenue par les documents médicaux comme l'expertise psychiatrique de fin 2011, et le fait que les problèmes psychiques sont documentés depuis mai 2009. 11. Le 20 juin 2012, le Dr H_____ a établi un rapport faisant suite à sa consultation de la veille, consacrée à un examen neuropsychologique. La patiente se plaint toujours d'une difficulté de concentration, d'une perte de la mémoire immédiate et d'un manque d'énergie. Elle est également suivie par un psychiatre pour un état anxio-dépressif. Les différents tests neuropsychologiques pratiqués montrent essentiellement une difficulté de concentration mais finalement une assez bonne réalisation de ceux-ci. Il persiste certes un syndrome post-traumatique mais certainement que le test est influencé par une difficulté de concentration et une difficulté à être performante dans les tests dues à un état émotionnel sous-jacent. Il n'est pas exclu que des facteurs personnels liés à l'histoire de la patiente jouent un rôle dans l'évolution de l'état actuel. Un état de stress post-traumatique au-delà de trois ans après l'événement en cause n'est pas habituel. À noter que les céphalées sont en diminution et qu'elle prend toujours occasionnellement du Dafalgan. La patiente lui a fait part de son souhait de reprendre une activité indépendante à 20 % et bénéficier d'une incapacité de travail de 80 %.

12. Par courrier recommandé du 10 juillet 2012, l'assureur-accidents a informé l'assurée qu'au vu des divers éléments recueillis, notamment des documents médicaux versés au dossier, parmi lesquels l'avis médical de la Dresse J_____, celui du Dr H_____ et le rapport d'expertise psychiatrique de novembre 2011, du Dr I_____, mais également de ses propres explications, mettant en évidence les nombreux facteurs malades qui affectent son état de santé, étrangers à l'accident du 3 octobre 2010, on devait considérer que le lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'événement dommageable était certes établi, mais qu'en revanche, les critères exigés par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour que soit admis le lien de causalité adéquate, dans le cas d'un TCC sans atteinte organique objectivable, n'étaient pas réunis. Selon l'expérience générale de la vie et le cours ordinaire des choses, on devait admettre, plus d'une année et demie après l'accident, qu'il n'y avait plus de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles actuels, lesquels s'expliquent plus vraisemblablement par les facteurs sans rapport avec les suites de l'événement d'octobre 2010. En conséquence il mettrait fin à ses

prestations à dater du 1^{er} août 2012. Sur simple demande de sa part, dans les trente jours suivant cet avis, une décision formelle susceptible d'opposition, lui serait notifiée.!

13. Par courrier du 12 juillet 2012, l'assurée, agissant par son conseil, a contesté le point de vue de l'assureur-accident : le Dr F _____ allait solliciter l'avis circonstancié de tous les spécialistes traitant encore l'assurée. Dès lors et dans la mesure où il lui ferait tenir les documents médicaux concernés, l'avocat invitait la Zurich à patienter encore quelque temps, avant de prendre une décision formelle à teneur de laquelle elle souhaiterait mettre fin à ses prestations dès le 1^{er} août 2012, d'autant que l'on se trouvait en période de vacances.!

14. L'assureur-accidents a répondu à ce courrier : il ne rendrait pas de décision avant le 17 septembre 2012, date dès laquelle il reprendrait le traitement de cette affaire, à moins que l'assurée renonce à exiger une décision formelle. Ce délai supplémentaire accordé n'influencerait toutefois pas la fin des prestations LAA fixée au 1^{er} août 2012: cette position est en effet fondée sur l'absence de lien de causalité adéquate, dont l'examen relève de l'organe administratif, respectivement de l'autorité judiciaire. Dans la mesure où la causalité naturelle n'est pas contestée en l'espèce, les éventuelles explications ou éléments médicaux supplémentaires attendus par l'assurée ne changeraient pas les conclusions de l'assurance.!

15. Par courrier du 25 juillet 2012, le conseil de l'assurée a fait tenir copie de divers avis médicaux, - tous déjà évoqués ci-dessus - en fonction de leur chronologie. Il a indiqué en outre que la Bâloise serait déterminée à faire procéder à une (nouvelle) expertise. Il souhaitait connaître la position de l'assureur-accidents à ce sujet.!

16. Le 21 août 2012, l'assureur-accidents a répondu : la mise sur pied d'une expertise médicale n'apporterait pas d'éléments supplémentaires nécessaires au traitement du cas.!

17. Par courrier du 30 août 2012, le conseil de l'assurée a insisté : il considérait comme indispensable de procéder à une expertise médicale, d'autant que la Bâloise y était tout à fait favorable. Il souhaitait dès lors obtenir l'accord formel de l'assureur-accidents, afin que, cas échéant, les parties se soumettent aux conclusions de l'expert qui serait désigné.!

18. Dans sa réponse du 20 septembre 2012, l'assureur-accidents a maintenu sa position : le dossier médical contenait les renseignements médicaux largement suffisants pour statuer sur le lien de causalité naturelle, d'ailleurs non contesté. Or, dans le cadre d'une expertise, l'expert ne pouvait se prononcer que sur ce premier aspect, à l'exclusion de l'examen du lien de causalité adéquate. L'assurée était invitée à dire si elle souhaitait se voir notifier une décision formelle concernant la prise de position du 10 juillet 2012.!

19. Par courrier du 27 septembre 2012, le conseil de l'assurée a répondu au courrier précédent : « J'ai pris bonne note que (l'assureur-accidents) se refuse à ce qu'il soit procédé à une expertise qui me semblait à l'évidence essentielle afin justement d'éliminer le lien de causalité adéquate par rapport à l'accident qu'a subi ma mandante. Dès lors je vous remercie de bien vouloir notifier une décision formelle contre laquelle (l'assurée) recourra en temps utile, tous droits réservés. »!

20. Se référant notamment à ce dernier courrier, et aux échanges précédents, l'assureur-accident a rendu sa décision par courrier recommandé du 23 novembre 2012 : il n'était pas nécessaire de soumettre l'assurée à un nouvel avis médical, dans la mesure où le lien de causalité naturelle était reconnu. En revanche, le lien de causalité adéquate ne l'était pas, et dès lors, les prestations pour le traitement médical et les indemnités journalières cessaient à partir du 1^{er} août 2012; la demande d'expertise médicale était rejetée; une opposition n'aurait pas d'effet suspensif.!

21. Par courrier recommandé de son conseil du 21 décembre 2012, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle conclut à son annulation et au

rétablissement du versement des prestations d'assurance avec effet rétroactif au 1^{er} août 2012. En refusant de mettre en place une expertise médicale, l'assureur-accidents avait violé le droit d'être entendu de l'assurée. S'agissant du lien de causalité adéquate, l'assureur-accidents avait fait une très mauvaise interprétation de la jurisprudence sur laquelle il se fonde, dès lors que d'une part on ne saurait qualifier l'accident subi par l'assurée de moyennement grave à la limite d'un accident de peu de gravité : il se situe au contraire à la limite de la catégorie des accidents graves. D'autre part, au moins trois des critères retenus par la jurisprudence étaient, en l'espèce, réunis : le lien de causalité adéquate devait être reconnu. 22. Dans le cadre de la demande de prestations AI parallèlement en cours, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a émis un avis médical le 11 mars 2013. Sur le plan oncologique, l'assurée va bien. Elle aurait subi plusieurs interventions de reconstruction mammaire, en 2010 et en dernier lieu en 2011. Les éventuelles répercussions fonctionnelles des séquelles des interventions ne sont pas évaluées. L'évolution reste favorable. Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan de la chirurgie reconstructive. Sur le plan neurologique, un examen neuropsychologique de juin 2012 montre quelques difficultés de concentration mais finalement des performances assez bonnes. Le neurologue évoque la possible influence d'un état émotionnel sous-jacent. Dans un rapport de novembre 2012, le Dr H_____ constate une légère amélioration des fonctions neuropsychologiques et une capacité de travail de 80 % dans toute activité est attestée, avec persistance de difficultés de concentration et diminution de la résistance. Cette appréciation n'est pas confirmée par le médecin traitant qui atteste en janvier 2013 d'une aggravation avec persistance de troubles post-TCC, une dépression résiduelle et une nouvelle atteinte (contusion du coude), avec poursuite de l'incapacité de travail totale. Le SMR relève que l'utilisation indifférenciée, selon les intervenants, des termes TCC, syndrome post-traumatique et syndrome de stress post-traumatique entraîne une certaine confusion quant aux diagnostics attribués au tableau présenté. Par ailleurs, dans son expertise psychiatrique de novembre 2011 le Dr I_____ ne retient pas le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Sur le plan psychiatrique, la patiente est suivie depuis 2009 par le Dr I_____, dans le cadre d'un conflit de couple. À partir d'avril 2011, suite à des menaces de licenciement alors qu'elle est en arrêt de travail pour l'intervention de reconstruction mammaire, l'assurée développe un état dépressif « réactionnel ». Selon le Dr I_____, l'assurée présente un trouble de l'adaptation mixte anxieux et dépressif (F43.22) totalement incapacitant à ce moment-là. Les multiples facteurs de stress sont relevés. Une réévaluation de la capacité de travail début 2012 est préconisée. Dans son dernier rapport médical intermédiaire, du 21 décembre 2012, le psychiatre traitant indique qu'il n'a pas revu l'assurée depuis le 18 septembre 2012. Le SMR conclut ainsi qu'il est difficile de comprendre quelle atteinte a justifié et justifie encore une incapacité de travail. Il est encore relevé des contradictions entre les médecins quant à la capacité de travail ainsi que dans le fait que l'assurée a arrêté son suivi psychiatrique alors qu'elle présenterait toujours des symptômes dépressifs et une incapacité de travail. la Bâloise ayant indiqué avoir mis sur pied d'une part une expertise psychiatrique confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et, d'autre part une expertise neurologique confiée au docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, ces expertises étant respectivement programmées en avril et en mai 2013, le SMR préconise que l'OAI s'associe à cette démarche, et suggère que les experts déterminent si un examen neuropsychologique est nécessaire. 23. Dans le cadre de l'expertise psychiatrique, un examen neuropsychologique a été confié à Monsieur M_____.

psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie. ![endif]>![if> Dans son rapport du 21 mai 2013 il conclut que l'examen neuropsychologique de cet assurée de 52 ans victime d'un accident sur la voie publique (AVP) en octobre 2010 avec une très brève perte de connaissance et sans amnésie péritraumatique, met en évidence : - un ralentissement souvent extrêmement sévère à la plupart des tâches attentionnelles mises en jeu, à l'exception d'une tâche informatisée d'alerte, où les temps de réaction sont dans la norme inférieure ; - des difficultés exécutives touchant au moins partiellement toutes les fonctions, programmation, inhibition, activation (influence littérale) et flexibilité ; - un indice de mémoire de travail déficitaire à la WAIS-IV et un déficit en mémoire épisodique. Le tout prend place dans un contexte comportemental particulier, marqué par une importante démonstrativité, de la désorganisation, une claire inconstance dans les modes de réponse, d'un irrespect occasionnel des consignes et une allure à la fois infantile et ludique qui surprend chez une personne de cet âge et de niveau universitaire. Même si les tests de défaut d'effort sont normaux, on peut estimer que les particularités du comportement de l'assurée rendent les résultats quantitatifs aux tests peu fiables. Les tests neuropsychologiques mettent en apparence en évidence des troubles cognitifs plutôt sévères dont le profil est a priori compatible avec ce que l'on peut observer au titre de séquelles d'un traumatisme crânien modéré à sévère : il y a un ralentissement important, un net fléchissement exécutif, des troubles en attention divisée, en sélectivité et en mémoire de travail, un déficit en mémoire épisodique et des comportements désorganisés. Toutefois, ces troubles paraissent extrêmement intenses pour un TCC qui, au pire, aurait été léger, et dont l'existence ne paraît pas avérée au vu de l'anamnèse et des informations médicales en sa possession ; peut-être vaudrait-il mieux évoquer une commotion cérébrale, laquelle ne justifie pas des troubles cognitifs aussi intenses. On doit aussi rappeler que nous nous trouvons près de trois ans après l'accident et que même si TCC léger il y a eu, les symptômes neuropsychologiques éventuels d'un tel TCC régressent en général nettement dans un délai de six mois à un an après l'atteinte. Une autre manière de formuler les choses est de relever que des troubles cognitifs aussi intenses ne pourraient résulter que de lésions cérébrales clairement décelables par une imagerie cérébrale. En ce qui concerne l'hypothèse d'une étiologie psychique, un tel ralentissement et des troubles de la mémoire aussi marquée supposeraient une altération plutôt sévère de l'humeur. Même du point de vue de cette hypothèse, on se trouve face un tableau discordant avec les observations psychiatriques. Aussi, malgré des modes de réponses normaux à des tâches de validité de symptômes, on doit conclure à une majoration des troubles, consécutive à une composante comportementale qui ne constitue pas, en soi, un problème neuropsychologique. Dans un tel contexte il n'est pas possible de se prononcer sur l'existence effective, ni sur l'intensité réelle d'éventuels troubles cognitifs consécutifs à l'AVP de 2010. 24. Le Dr K_____ rappelle dans son rapport d'expertise psychiatrique du 14 juin 2013 que la situation concerne une femme qui a subi un accident de circulation au mois d'octobre 2010, et dans ce contexte, la question d'un traumatisme crânien avec, comme séquelles évoquées, des troubles du langage, céphalées, instabilité de la marche, troubles de concentration et troubles de la mémoire. Sur le plan purement psychique, on a évoqué un trouble de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation et des réactions anxieuses et dépressives. La situation n'est pas éclaircie jusqu'à ce jour et l'assurée est toujours en arrêt de travail. La présente expertise est simultanément demandée par l'assureur perte de gain et l'OAI (à laquelle l'assurée s'est annoncée). Il s'agit de clarifier la situation, de concert avec l'expert neurologue mandaté, et de saisir les éventuelles atteintes durables de

l'intéressée.![endif]>![if> Après avoir procédé à une anamnèse complète, et avoir recueilli dans le détail, les plaintes de l'expertisée, l'avoir interrogée de façon approfondie, dans le cadre de l'examen clinique, l'avoir évaluée au moyen des échelles de ralentissement et de MADRS, (concluant à l'absence d'un ralentissement psychomoteur significatif, respectivement de dépression), après avoir confronté ses propres constatations avec celle des autres experts (neurologue et neuropsychologue), ainsi qu'avec les éléments médicaux du dossier, il arrive à la conclusion que les experts ont l'impression que l'accident de 2010 a focalisé et amplifié les différents problèmes existentiels auparavant analysés sous forme de quatre adversités de vie. Comme l'assurée le disait un moment donné, c'était « la goutte de trop », ce qui a subjectivement donné toute l'ampleur à l'évènement et aux séquelles ressenties. Tout récemment, l'expertisée a commencé à prendre une certaine distance et à s'orienter autrement que vers des plaintes. Lors d'un entretien téléphonique supplémentaire, elle a dit chercher maintenant du travail dans le domaine du coaching, avoir déjà fait quelques démarches concrètes dans ce sens, ce qui signale un retour à la notion de ses propres validités et une correction de la notion subjective d'une incapacité de travail (totale). Il a posé le diagnostic et les conclusions suivantes : sur le plan diagnostique et psychiatrique actuel : dysthymie/dysphorie (F34.1) ; neurasthénie (F48.0) ; accentuation de certains traits de personnalité, ici psychonévrotique et histrionique (Z73.1) ; majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Avec l'ensemble de ses constats, l'expert arrive à la conclusion qu'il n'existe maintenant plus aucune incapacité de travail ni diminution de rendement pour des raisons psychiques et psychiatriques. Cette évaluation fait abstraction des éléments comportementaux et de majoration. Le trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, constatée par l'expert précédent en novembre 2011, est à considérer comme résorbé. Ceci d'autant plus qu'il était en novembre 2011 déjà considéré « en rémission partielle ». Il a situé, en appliquant une certaine marge de tolérance, l'état de santé psychique de l'assurée comme probablement rétabli au milieu de l'année 2012. Il a constaté que ceci contraste avec les constats du Dr H_____ et du médecin traitant, en expliquant toutefois pour l'un et pour l'autre les raisons pour lesquelles leurs conclusions ne pouvaient pas être retenues, et spécifiquement pour l'appréciation du médecin traitant car les diagnostics de TCC, syndrome post-traumatique et dépression ont été invalidés. Il a enfin répondu à toutes les questions posées. 25. Le Dr L_____ a rendu son rapport d'expertise neurologique en date du 18 juin 2013. Ses conclusions sont basées sur : une copie du dossier médical ; un entretien avec l'assurée, suivi d'un examen neurologique effectué le 27 mai 2013 ; les pièces radiologiques présentées par l'assurée sur CD-ROM ; ainsi que sur des mesures complémentaires soit une IRM cérébrale - qu'il a lui-même demandée - effectuée le 31 mai 2013 (par le docteur N_____, radiologue FMH) ; un examen neuropsychologique effectué par M. M_____ ; et un entretien de consensus avec le co-expert psychiatre.![endif]>![if> Pour la meilleure compréhension de la synthèse du rapport d'expertise neurologique, et notamment par rapport aux conclusions de l'expert (Dr L_____) en relation avec l'IRM cérébrale, il y a lieu de mentionner ici les conclusions du radiologue : le Dr N_____, a décrit l'imagerie à plusieurs niveaux, soit - à l'étage sus-tentorial: absence de toute lésion hémorragique ou micro hémorragies décelables sur l'ensemble du parenchyme cérébral. Il n'existe également aucune collection péricérébrale suspecte. Les cavités ventriculaires sont normales. Il existe de banales calcifications des globus pallidum responsables d'un hyposignal relatif en pondération T1, d'aspect punctiforme. Il n'existe pas de séquelles ischémiques décelables également sur le cortex cérébral. En revanche on est amené à retenir deux images d'hypersignal triangulaire

dans les régions occipitales, en arrière des scissures calcarines. Ces lésions mesurent moins de 10 mm, entre 8 et 5 mm, visibles essentiellement sur les séquences de type FLAIR et plus modérément sur les séquences en pondération T2 de type SE. !

!> - Au niveau de la fosse cérébrale postérieure: le 4^e ventricule est en place et de morphologie normale. On n'objective aucun processus expansif et aucune autre anomalie. !> !> - L'imagerie O.R.L. et ophtalmique: montre l'absence de toute lésion inflammatoire ou infectieuse naso-sinusiennes. Il n'observe aucune anomalie. !> !> - L'imagerie vasculaire: ne montre aucune anomalie d'origine post-traumatique. !> !> - Divers : le reste du bilan montre également l'intégrité du chiasme optique et l'intégrité de la jonction cervico-bulbaire. !> !> En conclusion le Dr N_____ considère que, comme dans la majorité des syndromes post-traumatiques, l'IRM montre peu ou pas de lésion significative. Dans le cas présent elle montre l'absence de signes évocateurs d'un cisaillement axonal. Il mentionne en revanche deux images d'hypersignal dans les séquences de type FLAIR dans les régions occipitales qui sont tout à fait inhabituelles dans la population générale, à l'âge de la patiente, dans ce type de localisation alors que les mêmes hypersignaux fronto-temporaux, fronto-pariétaux sont relativement banals et souvent considérés comme des lacunes vasculaires. Il n'est donc pas possible d'exclure l'origine séquellaire traumatique de ces lésions occipitales bilatérales. Le Dr L_____ a pris en compte les éléments médicaux et autres documents des dossiers de la Zurich et de l'AI, procédé à une anamnèse complète, basée sur les déclarations de l'assurée, recueilli les explications de l'expertisée, sur le contexte de son état actuel, évoquant en premier lieu, et antérieurement à l'accident d'octobre 2010, un contexte professionnel défavorable, des divergences de vues avec son directeur, et une impression de se retrouver en « sandwich » entre son supérieur et le conseil d'administration. A la suite de son cancer du sein, elle a été dans l'incapacité de travailler pendant sept à huit mois, et a dès lors senti sa place menacée. C'est dans ce contexte qu'est survenu un accident en octobre 2010. Il a noté le déroulement de l'accident, tel que le lui a décrit l'assurée, l'apparition et la description des symptômes ressentis, ainsi que les plaintes actuelles. Il a distingué les constatations objectives issues de son examen clinique, et pris en compte les mesures complémentaires, soit en particulier l'IRM cérébrale du 31 mai 2013, il a constaté qu'il s'agissait d'une IRM normale, et il a confronté sa propre appréciation à celle du radiologue, notamment par rapport à l'interprétation des deux petites hyperintensités en FLAIR qui correspondent, selon lui, à une petite zone de résorption, physiologique : quant à la lésion punctiforme de la région frontale gauche, décrite par le radiologue, le neurologue ne la retrouve pas, et explique qu'il s'agit probablement d'un artefact de coupe. Du point de vue neurologique, il a constaté que le status était normal. Il n'y a pas de méningite, de signes d'hypertension intracrânienne au fond d'œil, de signes de latéralisation. En conclusion, sur le plan neurologique, il estime, compte tenu des dires de l'assurée et des documents à disposition, qu'elle a été victime le 3 octobre 2010, d'un traumatisme crânien léger, ou commotion cérébrale. Il s'agit d'une pathologie de bon pronostic, et qui dans la majorité des cas guérit en l'espace de quelques semaines. Il peut dès lors estimer avec un haut degré de vraisemblance, qu'en date du 1^{er} août 2012, date à laquelle l'assureur-accidents a mis un terme à ses prestations d'assurance, que le statu quo ante était très largement atteint. Le tableau actuel n'est pas systématisé sur le plan neurologique, et n'apparaît pas dans le cadre d'une pathologie de nature somatique. Au total, il n'y a pas de diagnostic neurologique, ni d'incapacité de travail sur ce plan. Il a enfin répondu à toutes les questions posées. 26. Entre-temps, et selon l'avis de son médecin traitant, l'assurée avait recouvré une capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} mai

2013.![endif]>![if> Elle a été engagée par la commune de O_____, dans le cadre d'un contrat temporaire et d'auxiliaire, en qualité de conseillère en orientation et réinsertion professionnelle, à 50 % du 1^{er} juin au 31 août 2013, puis à 80 % du 1^{er} septembre 2013 au 30 avril 2015. 27. Par courrier du 28 août 2013, au vu des conclusions des experts (Dr K_____, Dr L_____ et Monsieur M_____), qui considèrent que l'assurée présente une pleine et entière capacité de travail sans diminution de rendement depuis plusieurs mois, la Bâloise, en tant qu'assureur perte de gain maladie collective a, de son côté, mis fin à ses prestations au 31 mai 2013.![endif]>![if> 28. L'assurée a contesté ce point de vue, par courrier de son conseil du 23 juillet 2013 : elle se fonde sur l'avis du médecin traitant, lequel, par courrier du 22 juillet 2013, invité par la recourante à lui faire part de ses commentaires au sujet de l'expertise pluridisciplinaire, lui a exposé: « Je tiens à vous signaler que mon point de vue ne peut pas être objectif dans la mesure où je suis votre médecin traitant. Toutefois on peut relever certains éléments intéressants. Cette expertise est le travail conjoint de (suivi de l'énumération des experts)..., trois spécialistes qui arrivent à une conclusion que vous êtes totalement apte à reprendre le travail. Dans le fond, il faut signaler tout un cortège de symptômes qui ont été évoqués dans l'expertise, à savoir, depuis octobre 2010, des troubles de langage, des céphalées, une instabilité à la marche, des troubles de la concentration et des troubles de mémoire. Les tests neuropsychologiques pratiqués par Monsieur M_____ révèlent des troubles cognitifs plutôt sévères que l'on peut observer au titre de séquelles d'un traumatisme crânien de type modéré à sévère. Un IRM cérébral (sic!) pratiqué par le Dr N_____ ... révèle des lésions occipitales bilatérales compatibles avec une origine traumatique. L'évaluation neurologique et psychiatrique n'amène pas beaucoup d'information liée à votre traumatisme. En conclusion, même si un traumatisme cérébral et un syndrome post-traumatique doivent se résorber progressivement en quelques mois voire un à deux ans, il n'est pas possible dans votre situation de conclure à une guérison totale. En effet, au vu de l'examen neuropsychologique et des images de l'IRM, l'atteinte est manifeste. Il serait donc nécessaire de réévaluer les images radiologiques sous un autre angle, à savoir un neuropsychiatre et un radiologue. »

![endif]>![if> 29. Le 28 août 2013, après avoir soumis les objections de l'assurée à son service médical, l'assureur-accidents a maintenu la suspension de ses prestations, son médecin-conseil observant que selon le Dr N_____, l'IRM cérébrale du 31 mai 2013 ne montrait rien de particulier. L'expert neurologue affirme également que l'IRM est normale, dans son rapport du 18 juin 2013. Dès lors, la réévaluation de l'image radiologique par un second radiologue et un neuropsychiatre n'est pas nécessaire.![endif]>![if> 30. Par courrier du 20 janvier 2014, le conseil de l'assurée a communiqué au médecin-conseil de l'assureur-accidents l'avis médical du 10 janvier 2014 de la docteure P_____, spécialiste FMH en neurologie : elle suivait régulièrement l'assurée depuis le 29 juillet 2013, « dans les suites de son traumatisme cranio-cérébral (TCC) du 3 octobre 2010 sur AVP. Le dernier rendez-vous datait du 9 janvier 2014. ». Après avoir rappelé le contenu des premières observations dès la première consultation après l'accident, elle explique qu'à l'examen clinique la patiente présente bien. Par contre elle frappe par sa logorrhée et sa précipitation ; le discours est informatif malgré des lacunes et des confusions mnésiques surtout autour des dates ; elle n'est que partiellement nosognosique. Elle prend des notes sur son iPhone pour éviter d'oublier certaines informations. À l'examen des paires crâniennes, la perception du stimulus dans le champ visuel droit est moins rapide qu'à gauche. Ce médecin remarque une discrète asymétrie faciale centrale gauche et la présence d'une légère dysmétrie aux membres supérieurs et inférieurs gauches. En résumé la patiente présente dans les suites de

son TCC une diminution d'endurance physique et mentale, des troubles neuropsychologiques et neuro-comportementaux. Si ces derniers se sont atténués progressivement au fil des bientôt trois ans et trois mois post-TCC, ils grèvent encore assez lourdement le quotidien de la patiente. Ils ont une incidence non négligeable sur l'activité professionnelle, qui ne peut plus être effectuée à 100 %. En fin d'année 2013, et suite à l'augmentation de son taux d'activité de 50 % (optimal) à 80 % (trop lourd), la patiente était épuisée. Cela a exacerbé toute la symptomatologie post-TCC, en particulier les céphalées, la labilité émotionnelle, ses capacités exécutives de concentration. Elle conclut : « devant les séquelles cognitivo-comportementales post-TCC du 3/10/2010 que présente la patiente, avec incidence sur la capacité de travail, je vous saurais gré de bien vouloir réévaluer son dossier. »

Fort de cet avis médical, le conseil de l'assurée concluait qu'il y avait manifestement lieu de réévaluer le dossier de sa cliente. 31. Par courrier recommandé du 23 juin 2014, l'assureur-accidents a rendu sa décision sur opposition: l'opposition du 21 décembre 2012 était rejetée et la décision du 23 novembre 2012 entièrement confirmée.

Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée a droit à des prestations d'assurance-accident au-delà du 1^{er} août 2012, plus singulièrement s'il existe encore à cette date un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident de 2010. Dans son acte d'opposition, l'assurée requérait en outre la mise sur pied d'une expertise médicale. L'expertise sollicitée a finalement été ordonnée par l'AI et la Bâloise. Les rapports d'expertise correspondants ont été versés au dossier de l'assurance-accidents. Ces rapports complets, circonstanciés et détaillés répondent de manière parfaitement adéquate aux besoins de l'instruction médicale complémentaire sollicitée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise supplémentaire. Au vu des rapports d'expertise susmentionnés, lesquels répondent aux exigences de la jurisprudence pour que leur soit reconnue une pleine valeur probante, le lien de causalité naturelle avec l'accident n'existe plus à partir du 1^{er} août 2012, et même si l'on admettait l'hypothèse qu'il puisse exister au-delà du 1^{er} août 2012, le lien de causalité adéquate devrait être nié. 32. Par courrier recommandé du 25 août 2014, l'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 23 juin 2014, et à la condamnation de l'intimé à lui verser ses prestations avec effet rétroactif au 1^{er} août 2012, avec suite de frais et dépens.

L'intimé, alors qu'il avait admis initialement le rapport de causalité naturelle entre l'accident du 3 octobre 2010, a, en complète violation du droit, considéré dans la décision entreprise qu'il n'avait plus à verser à la recourante de quelconques prestations dès le 1^{er} août 2012, considérant tout à coup qu'il n'existait plus aucun lien de causalité tant naturelle qu'adéquate, alors même que la recourante souffrait encore fin mai 2013 de sévères troubles cognitifs, comme cela ressortait - selon elle - très clairement des expertises détaillées des « Dr Q_____ et L_____ », et qu'elle en souffre d'ailleurs toujours au moment du recours. L'intimé avait cru devoir, pour prendre sa décision, appliquer une jurisprudence relative à la causalité adéquate dans le cadre d'une atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme du type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, alors même qu'il est avéré que la recourante souffre à l'évidence d'un traumatisme crânien. L'intimé a en outre ignoré à tort le rapport de la Dresse P_____, qui ne put que conclure, qu'en 2014 encore, la recourante souffrait toujours des séquelles cognitivo-comportementales principalement liées à son accident du 3 octobre 2010. L'intimé aurait dû fonder sa décision sur les principes applicables aux séquelles et atteintes à la santé physique. 33. L'intimé s'est déterminé en

date du 27 octobre 2014. Il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Les circonstances de l'accident, qui n'a donné lieu à aucun rapport de police, mais au seul établissement d'un constat amiable, qui a procédé d'un choc latéral contre la voiture, à une vitesse de 40 km/h environ, sont telles que celui-ci peut être considéré, conformément à la jurisprudence, comme un accident de gravité moyenne se situant à la limite des accidents de peu de gravité. Les premières constatations médicales (examen clinique et investigations pratiquées) n'ont pas montré de particularités. La recourante a pu regagner son domicile le jour même de l'accident. Seules des plaintes subjectives non objectivables ont effectivement été rapportées dans le dossier médical. Les médecins qui ont traité la recourante, et les experts qui se sont prononcés successivement, s'accordent tous à souligner l'influence que les événements de vie stressants et les facteurs personnels ont eu sur l'évolution délétère de l'état de santé de la recourante. A la lumière des rapports découlant de l'expertise médicale pluridisciplinaire mise sur pied par l'AI et la Bâloise, il appert qu'à tout le moins au-delà du 31 juillet 2012 les atteintes à la santé ne sont plus à mettre en lien de filiation avec l'accident de 2010, le statu quo ante/sine étant atteint avec un « haut degré de vraisemblance ». La lecture des rapports des Dr H_____, J_____ ou encore I_____ (premier expert psychiatre) permet clairement de constater que les avis convergent et corroborent l'appréciation des experts mandatés en 2013. Même si leurs conclusions s'éloignent en certains points des appréciations du médecin traitant, elles sont convaincantes, logiques, motivées et bien fondées. Quant à l'avis de la Dresse P_____, médecin traitant, il est isolé et ne repose sur aucune motivation quant à la prétendue causalité naturelle entre les affections et l'accident. Il ne revêt aucune force probante. Ainsi la décision querellée est déjà fondée en ce qu'à partir du 1^{er} août 2012 elle considère qu'il n'existe plus de lien de causalité naturelle avec l'accident. Quant à l'appréciation du lien de causalité adéquate, à laquelle il a été procédé par surabondance de moyens, il doit de toute manière être nié lui aussi. Les principes applicables aux lésions du rachis cervical, par accident de type coup du lapin, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, trouvent pleinement leur application au cas d'espèce. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, elle n'avait pas subi, à dire médical, un TCC sévère, mais bien une commotion cérébrale ou tout au plus d'un TCC léger sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, étant précisé qu'il n'est pas contesté que la recourante souffre d'affections et que sa capacité de travail puisse être limitée par les souffrances endurées, mais selon l'avis unanime des experts, ces troubles sont d'origine psychique qui en l'espèce n'entrent pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident de 2010. 34. La recourante s'est déterminée sur la réponse de l'intimé, en date du 1^{er} décembre 2014. Elle persiste dans les conclusions de son recours. S'agissant des circonstances de l'accident, l'intimé omet curieusement de mentionner que la recourante s'est cognée la tête contre la vitre de son véhicule et que le médecin des HUG a constaté des douleurs à la palpation de l'os temporal gauche. Quant aux événements survenus depuis 2007, si la recourante avait souffert d'un cancer du sein en 2007, - et non pas en 2010 comme indiqué à tort par l'un des experts -, elle s'en était complètement remise avant son accident du 3 octobre 2010. Elle avait même envisagé de se faire reconstruire les seins, ce qui la rendait enthousiaste. Quant à la séparation d'avec son mari en 2009, la recourante avait vécu cette décision comme un soulagement plutôt que comme un malheur, contrairement à ce que laisse entendre l'intimé. L'expertise du Dr J_____ était entièrement contestée, ce médecin n'ayant jamais examiné la recourante en personne et ayant été fortement influencé par le débriefing du 26 janvier 2012. La recourante ne souffrait pas de

troubles neurologiques avant son accident, ce que pourrait confirmer son ex-collègue, directrice de la Fondation B _____, ce qui est corroboré par le fait que de septembre 2005 au 31 octobre 2012, la recourante a toujours donné satisfaction à son employeur, comme le confirme le certificat de travail produit. Il en allait de même de celui délivré par la Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, par rapport à ses fonctions de chargée de cours et d'expert aux examens, dans les années 2004 et 2005. Elle produit encore un rapport d'évaluation médicale de la Dresse P _____ relatif à une consultation du 16 septembre 2013. Ce rapport, antérieur à celui produit précédemment par la recourante et daté du 10 janvier 2014 -, s'inscrivait dans le contexte d'une décision de l'OAI la déclarant apte à travailler à 100 %, et contre laquelle ce médecin recommandait de recourir, à l'époque. 35. L'intimé s'est brièvement prononcé sur la réplique de la recourante, en date du 27 janvier 2015. Il a persisté dans ses conclusions. Le fait que les plaintes subjectives émises par la recourante n'aient pas existé avant l'accident en cause n'est pas relevant. Ce fait, par ailleurs non prouvé, ne constitue tout au plus qu'un indice dans l'évaluation médicale. Et de rappeler le principe selon lequel une argumentation reposant sur un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc » est insuffisant pour établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident assuré. En l'occurrence il n'existe pas d'autre circonstance sur laquelle s'appuyer pour corroborer cet éventuel indice et reconnaître l'existence d'un tel lien de causalité naturelle persistant, les experts ayant clairement reconnu que le statu quo ante (respectivement le statu quo sine) a été atteint au plus tard le 1^{er} août 2012. 36. La chambre de céans a communiqué ces observations à la recourante. 37. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée a droit à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2012, plus singulièrement s'il existe encore à la date du 1^{er} août 2012 un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident du 3 octobre 2010. 5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité

naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). d. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte

à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une

aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral - si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière- plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2) - il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit : - 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. Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de «circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident» a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 et les références). Il a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (ATA du 2 septembre 1997), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des

assurances U 338/05 du 1^{er} septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3). Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2). Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du

E. 13

septembre 2005 consid. 4). Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999). 6. a. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4). Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore 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 œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer 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 permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être

considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. 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 (ATF 134 V 109 consid. 9.5). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon

l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). d. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 7. Dans le cas d'espèce, la recourante fait d'abord grief à l'intimé d'avoir nié, sur opposition, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 3 octobre 2010 et les troubles dont elle souffre, au-delà du 31 juillet 2012, alors même qu'au stade précédent l'assureur-accidents reconnaissait ce lien de causalité. a. La chambre de céans rappelle qu'à teneur de l'art. 12 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'assureur n'est pas lié par les conclusions de l'opposant. Il peut modifier la décision à l'avantage ou au détriment de l'opposant. Si l'assureur envisage de modifier la décision au détriment de l'opposant, il donne à ce dernier l'occasion de retirer son opposition. En l'occurrence, la question peut rester ouverte de savoir si, en statuant sur opposition, l'intimé a modifié la décision initiale au détriment de la recourante, en niant le lien de causalité naturelle, au-delà du 31 juillet 2012, alors qu'il ne le contestait pas préalablement, et si par conséquent avant de statuer l'assureur-accidents était tenu, à teneur de cette disposition, de donner l'occasion à la recourante de retirer son

opposition. D'une part la décision sur opposition ne plaçait pas la recourante dans une situation plus défavorable que précédemment, car la négation du lien de causalité naturelle au-delà du 31 juillet 2012 n'a en réalité aucune incidence sur la cessation par l'intimé de ses prestations: en effet, si lors de la décision initiale (avis informel de juillet 2012, confirmée par la décision sujette à opposition du 23 novembre 2012) l'assureur-accident ne contestait pas le lien de causalité naturelle entre l'accident du 3 octobre 2010 et les troubles dont souffrait encore l'assurée, en l'état du dossier. Il en contestait en revanche le lien de causalité adéquate, au-delà du 31 juillet 2012, et mettait ainsi fin à ses prestations dès et à compter du 1^{er} août 2012. Sur opposition, la date de fin des prestations est restée fixée au 1^{er} août 2012, ce qui n'a donc pas modifié la situation de l'assurée. D'autre part, dans les faits la recourante n'aurait de toute manière pas retiré son opposition, si l'assureur-accidents l'avait interpellée à ce sujet, preuve en soit qu'elle a recouru contre la décision sur opposition, sans faire grief à l'intimé de ne pas lui avoir donné la possibilité de retirer son opposition avant qu'il ne statue à ce sujet. Ceci dit, le lien de causalité naturelle a été nié sur opposition, compte tenu des conclusions auxquelles sont parvenus les experts psychiatre, neurologue et neuropsychologue, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire diligentée conjointement par l'OAI et la Bâloise, postérieurement à la décision formelle de l'intimé du 23 novembre 2012 confirmant la fin de ses prestations à partir du 1^{er} août 2012. b. Se pose dès lors la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de juin 2013. Le Dr K_____ indique dans son rapport d'expertise psychiatrique du 14 juin 2013 que ses observations et conclusions se basent sur: - le dossier assécurologique et médical; - l'examen de l'assurée; - un entretien supplémentaire par téléphone; - un questionnaire d'autoévaluation; - la passation de l'échelle de ralentissement EDR (hétéro-évaluation) et sur l'échelle MADRS; - un examen neuropsychologique; - un entretien de consensus avec le co-expert neuropsychologue; - un entretien de consensus avec le co-expert neurologue. Il précise que les chapitres concernant les anamnèses et les plaintes ne se basent que sur les expressions et la vision subjective de l'expertisée. S'agissant du Dr L_____, les conclusions de son rapport d'expertise neurologique, sont, elles aussi, basées sur les mêmes principes, le neurologue ayant de surcroît fait procéder à des mesures complémentaires, en particulier à l'IRM cérébrale à laquelle il a été procédé le 31 mai 2013. La chambre de céans constate que ces deux rapports, de même que celui ayant trait à l'examen neuropsychologique effectué à la demande des experts principaux, sont complets, étant de surcroît le fruit d'une confrontation des observations et conclusions de ces trois experts entre eux. Ils prennent en compte tous les éléments médicaux recueillis au dossier, ou en cours d'expertise; ils ont été rendus au terme d'anamnèses complètes et recueillant les plaintes de l'expertisée, les trois experts arrivant à une conclusion identique: l'accident d'octobre 2010 n'a pas été d'une gravité telle qu'il puisse expliquer les troubles persistants dont l'assurée serait encore affectée, près de trois ans après sa survenance. Tout au plus en effet, peut-on considérer que le TCC dont le diagnostic a été posé n'a au pire été que léger, mais qu'il s'agit plus probablement d'une commotion cérébrale, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon les experts, l'accident de 2010 a focalisé et amplifié les différents problèmes existentiels rencontrés précédemment et concurremment par l'assurée. Les conclusions des experts sont cohérentes, exemptes de contradictions et solidement motivées : l'examen neuropsychologique montre que les tests pratiqués mettent en apparence en évidence des troubles cognitifs plutôt sévères dont le profil est a priori compatible avec eux ce que l'on peut observer au titre de séquelles d'un traumatisme crânien modéré à sévère, mais ils ne peuvent pas être retenus comme tels, car, en présence d'un

TCC qui n'a pu être que léger, mais dont l'existence ne paraît pas avérée au vu de l'anamnèse et des informations médicales recueillies, et qui évoque plus la commotion cérébrale, laquelle ne justifie pas des troubles cognitifs aussi intenses, surtout trois ans après l'accident, des troubles cognitifs aussi intenses ne pourraient résulter que de lésions cérébrales clairement décelables par une imagerie cérébrale – ce qui n'est pas le cas -, et par rapport à l'hypothèse d'une étiologie psychique, un ralentissement et des troubles de la mémoire aussi marqués supposeraient une altération plutôt sévère de l'humeur – ce qui n'est pas non plus le cas. On se trouve face à un tableau discordant avec les observations psychiatriques. Au vu du comportement de l'assurée, on doit conclure à une majoration des troubles qui ne constituent pas en soi un problème neuropsychologique. Le Dr K_____ a lui-même observé ce comportement chez l'expertisée, corroboré par les constatations qu'avait d'ailleurs faites le Dr H_____, en son temps; et il a d'ailleurs posé les diagnostics de dysthymie/dysphorie (F34.1) ; neurasthénie (F48.0) ; accentuation de certains traits de personnalité, ici psycho-névrotique et histrionique (Z73.1) ; majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il s'est en outre prononcé par rapport au diagnostic qu'avait posé, en novembre 2011, le Dr I_____, soit celui de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive: l'expert de 2013 considère ce trouble comme résorbé au moment de l'expertise, d'autant qu'en novembre 2011 l'expert de l'époque constatait qu'il était déjà en rémission partielle, à ce moment-là. L'expert psychiatre parvient à la conclusion qu'il n'existe, au moment de l'expertise, plus aucune incapacité de travail ni diminution de rendement pour des raisons psychiques et psychiatriques. De son côté, l'expert neurologue arrive à la conclusion qu'il n'y a pas de diagnostic neurologique ni d'incapacité de travail sur ce plan. Les uns comme les autres considèrent avec un haut degré de vraisemblance qu'en date du 1^{er} août 2012, date à laquelle l'assureur-accidents a mis un terme à ses prestations d'assurance, que le statu quo ante était très largement atteint. La recourante n'a au demeurant, ni personnellement - respectivement par l'intermédiaire de son conseil -, ni indirectement par ses médecins traitants, sérieusement critiqué les expertises en cause. Le Dr F_____ en particulier, dans son avis du 22 juillet 2013, après avoir rappelé à sa patiente que son point de vue - par rapport aux expertises qu'elle lui demandait de commenter - ne pouvait pas être objectif, en tant que médecin traitant, n'a apporté aucun élément critique à l'égard des experts, et de leurs conclusions, se bornant à en faire la synthèse. Il a tout au plus, en relation avec certaines constatations du Dr N_____ qui considérait que l'IRM cérébrale de fin mai 2013 révélait des lésions occipitales bilatérales compatibles avec une origine traumatique, estimé nécessaire de réévaluer les images radiologiques sous un autre angle, à savoir un neuropsychiatre et un radiologue. Or, l'intimé a soumis à son service médical les objections du médecin traitant, le médecin-conseil exposant de manière convaincante qu'en définitive l'expert neurologue s'était déjà prononcé sur ces arguments, en confrontant son point de vue à celui du radiologue, et qu'il était dès lors inutile de soumettre le cas à de nouveaux experts. Il en va de même de l'avis de la Dresse P_____, qui n'apporte aucun élément nouveau objectivable, qui aurait été ignoré par les experts, et qui serait de nature à susciter un doute quant à la fiabilité des avis exprimés par les experts ainsi que de leurs conclusions. Quant à l'argumentation développée par la recourante dans ses écritures, elle ne manque pas de surprendre : il ressort en effet de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée, retenues tout au long de l'instruction de la cause, depuis la survenance de l'accident d'octobre 2010, tant par ses médecins traitants que par les experts qui ont eu à se prononcer, que la recourante a subi plusieurs événements de vie douloureux, qui l'ont durement atteinte, par rapport à son état

de santé psychique en particulier. La description qui en est faite dans le dossier n'est pas le fruit d'une interprétation des médecins traitants et/ou experts, mais au contraire l'illustration de la prise en compte des propres déclarations et plaintes de la patiente. Or, dans ses écritures, en particulier dans les dernières, du 1^{er} décembre 2014, les circonstances difficiles dont il avait été question jusque-là, deviennent tout à coup des événements positifs : ainsi, elle s'était complètement remise, avant l'accident, du cancer du sein dont elle avait souffert en 2007; et en 2010, la perspective de se faire reconstruire les seins n'était plus source d'inquiétude propre à raviver les angoisses sinon la crainte de récurrence de son cancer, mais au contraire un projet qui l'enthousiasmait. La séparation d'avec son mari, en 2009, qu'elle décrivait autrefois comme l'aboutissement d'une longue série d'épreuves, - soit initialement le développement d'un problème d'alcoolisme chez son mari, suivi d'une démission de la part de celui-ci, dans la prise en charge des enfants et de la famille, en particulier après l'apparition de son cancer du sein, et finalement ses infidélités conjugales -, cette séparation qui à l'époque avait nécessité un suivi psychiatrique par le Dr I _____ devenait soudain une décision vécue comme un soulagement plutôt que comme un malheur; et de contester ainsi que les troubles neurologiques dont elle souffre depuis son accident soient attribuables à des circonstances qui ne l'affectaient plus au moment de l'accident. Elle se montre toutefois beaucoup plus discrète par rapport au contexte professionnel conflictuel, qu'elle ressentait comme un harcèlement ou un mobbing, avant l'accident comme après, au printemps 2011, au moment où elle a appris qu'elle allait être licenciée, alors qu'elle se trouvait chez son anesthésiste pour préparer une nouvelle intervention chirurgicale de reconstruction mammaire... Ce litige professionnel avait pourtant conduit son médecin traitant, dès le 16 mai 2011, à la remettre en arrêt maladie, avec prescription d'un traitement antidépresseur et la reprise de séances auprès du Dr I _____. S'agissant des expertises des Drs K _____ et L _____, elle suggère que les conclusions de leurs rapports seraient contradictoires, dans la mesure où l'un et l'autre ont relevé, en juin 2013, pour le premier des pertes de la concentration, des hésitations pour les dates et les événements du passé, entre autres, et pour le second que la recourante avait souffert d'un traumatisme crânien léger ou d'une commotion cérébrale, qui dans la majorité des cas guérissent dans l'espace de quelques semaines, mais que la patiente présentait des céphalées, une photosensibilité et autres vertiges rotatoires, ce qui ne les auraient pas empêchés de conclure notamment à une pleine capacité de travail de la recourante.... Ce faisant, la recourante s'abstient de rappeler les raisons pour lesquelles les experts sont arrivés à de telles conclusions, ce qui frise la témérité. La chambre de céans constate dès lors que ces rapports d'expertise remplissent toutes les conditions requises par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante. En effet cette expertise pluridisciplinaire a été établie par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes dans les domaines neurologique, psychiatrique et neuropsychologique, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, lequel comporte également des investigations ophtalmologiques (négatives) diligentées dans les mois qui ont suivi l'apparition des symptômes, puis d'investigations neurologiques - ayant d'ailleurs assez rapidement alerté le médecin traitant sur les risques de troubles chroniques liés à des événements de vie extérieurs à l'accident (L'examen clinique neurologique d'octobre 2011 du Dr H _____ était normal. Le diagnostic était celui de syndrome post-traumatique entretenu par des événements de vie stressants. Le traitement consistait en du repos et la patiente devait éviter les facteurs extérieurs qui pourraient entraîner du stress) -. Les experts ont abouti à des résultats convaincants dont aucun indice concret ne vient mettre en cause le

bien-fondé. c. Cette expertise a également permis de trancher la question de savoir quels étaient les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et les plaintes : au vu du contenu du dossier, de la confrontation des explications successives de la recourante au sujet des circonstances de l'accident, et notamment du constat de ses exagérations et majorations dans la description de l'intensité du choc et des dégâts notamment, malgré l'absence de rapport de gendarmerie, et au vu du des éléments à disposition, les éléments retenus permettent de retenir que l'accident doit être classifié dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite du peu de gravité. La vitesse des véhicules impliqués n'était pas très élevée, et il ne s'agissait pas d'une collision frontale mais latérale. De surcroît, le véhicule conduit par la recourante était un 4x4 plus lourd et surélevé par rapport à celui avec lequel il est entré en collision. L'un des experts relève d'ailleurs que la recourante, dans son récit majorant, explique notamment qu'elle aurait pu mourir dans cet accident si elle n'avait pas eu un véhicule comme celui-ci. Les conclusions de cette expertise pluridisciplinaire ayant dès lors une pleine valeur probante, c'est par conséquent à juste titre que l'intimé a rendu sa décision sur opposition se fondant sur la jurisprudence relative à l'examen du lien de causalité adéquate, dans le cas de troubles psychiques consécutifs à un accident de type « coup du lapin », traumatisme cranio-cérébral ou autre traumatisme analogue, en l'absence de lésion traumatique objectivable, et qu'il est arrivé à la conclusion que le lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 octobre 2010 et les troubles dont elle souffrait encore au début août 2012 devait être nié, d'autant qu'aucun des critères cumulatifs exigés par la jurisprudence n'était présent chez la recourante. 8.

La recourante conteste encore la validité de l'expertise interne de la Dresse J_____, médecin-conseil de l'intimé, au motif qu'elle n'aurait pas procédé elle-même à l'audition de l'assurée. Elle demande que ce rapport soit écarté. Or, non seulement ce rapport d'expertise (du 3 mai 2012), fondé sur la seule base du dossier répond néanmoins aux exigences de la jurisprudence rappelée ci-dessus, mais il est encore antérieur à l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle l'intimé s'est en définitive fondé pour rendre sa décision sur opposition. Ceci dit, l'avis de ce médecin-conseil, spécialiste FMH en médecine physique et de réhabilitation, est pris en compte – parmi d'autres -, dont celui du Dr H_____, neurologue traitant de la recourante -, et validé par les experts, corroborant leurs conclusions. C'est notamment le lieu de remarquer que la recourante fait grief à la Dresse J_____ de ne prétendument même pas avoir lu le constat d'accident, en concluant que la tête de l'assuré et ne pouvait pas avoir heurté la vitre latérale gauche ; selon la recourante, cette doctoresse n'aurait pas vu le « véhicule de droite » arriver, alors que celui-ci est en réalité arrivé par la gauche, percutant celui de l'assurée par la gauche et non pas par la droite. Ce faisant, la recourante a fort mal interprété la description de ce médecin, qui, expliquant la dynamique du choc, latéral, a considéré qu'il était difficile de savoir si la patiente avait effectivement cogné la tête, car elle avait dû voir le véhicule, depuis la droite, et, conductrice portant la ceinture de sécurité, elle n'avait guère pu heurter la tête contre la vitre latérale, car selon l'expérience, un tel accident, procédant d'une collision latérale, ne conduit pas à une accélération classique du haut du corps/de la tête, comme celle qui résulte d'une collision inattendue par l'arrière. ![/endif]>![if> La recourante n'a dès lors pas sérieusement expliqué les motifs qui permettraient de douter de la fiabilité d'une telle expertise interne, de sorte que ce grief doit également être écarté. 9.

Enfin, elle allègue qu'elle ne souffrait pas de troubles neurologiques avant son accident, et produit à l'appui de son argumentation un certificat de travail intermédiaire de son dernier employeur, datant de janvier 2012, et un certificat de travail (en cours d'activité – 2004 et 2005) de la Haute école d'ingénieurs et de

gestion du canton de Vaud. Non seulement ces pièces ne sont pas de nature à donner la moindre indication au sujet de l'allégation concernée, l'un de ces documents remontant du reste à une dizaine d'année, mais ils ne sont encore d'aucun secours à la recourante, ceci en référence au principe de jurisprudence selon lequel le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Or, dans le cas d'espèce cet argument n'est pas non plus de nature à jeter le moindre doute sur la fiabilité et la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle se fonde la décision entreprise. Par identité de motif et en vertu du principe de l'appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans considère l'audition de la directrice de la Fondation B_____ comme inutile car elle ne serait pas non plus de nature à modifier son appréciation et l'issue du présent recours. 10. Le recours est ainsi entièrement mal fondé. 11. Au vu de ce qui précède, il est rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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