

GE_GERICHTE A/4305/2016 vom 22. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4305_2016

FR: GE_GERICHTE A/4305/2016 du 22 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/4305/2016 del 22 gennaio 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à FAUCIGNY, France, représentée par Monsieur B_____, Amicale des Frontaliers recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1979, ressortissante française, frontalière (permis G), domiciliée à Faucigny/F, aide-soignante, travaillait à Genève pour le compte de la société C_____ placement de personnel fixe temporaire (ci-après : l'employeur), en qualité d'aide-soignante intérimaire, et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur-accidents ou l'intimée). !endif]>!if> 2. Le 4 décembre 2015, elle a été victime d'un accidents de la route en France voisine. Elle a perdu la maîtrise de son véhicule automobile et a percuté des boîtes aux lettres, un muret ainsi qu'une clôture pour finir, 1,50 m en contrebas, où un mur a arrêté sa course. Le jour même, elle a été reçue aux urgences de l'hôpital d'Annemasse (Centre hospitalier Alpes Léman - CHAL) où le diagnostic de traumatisme crânien sans perte de connaissance a été posé. Des douleurs à la palpation du rachis cervical et thoracique ainsi qu'au genou gauche ont été notées. Dans son certificat médical initial du 14 décembre 2015, la doctoresse D_____ du CHAL a précisé que l'état de la patiente justifiait un arrêt de travail de sept jours et la nécessité de soins pendant une durée identique. La suite du traitement a été prise en charge par le docteur E_____, spécialiste en médecine générale à Reignier (ci-après: le médecin traitant), lequel a notamment régulièrement prolongé l'arrêt de travail, en raison de cervicalgies et dorsalgies persistantes, ainsi que de gonalgies gauches et instabilité du genou gauche.!endif]>!if> 3. L'employeur a déclaré le sinistre à l'assureur-accidents le 7 décembre 2015. !endif]>!if> 4. Par courrier du 18 janvier 2016, la SUVA a confirmé la prise en charge des prestations découlant du sinistre, soit en particulier les frais de traitement et, dès le 7 décembre 2015, une indemnité journalière de CHF 142.70 par jour calendaire.!endif]>!if> 5. Le 11 janvier 2016, le docteur F_____, radiologue FMH du centre d'imagerie d'Onex (ci-après : CIO) a procédé à une IRM de la colonne dorsale, concluant à l'absence de lésion traumatique décelable, en particulier pas de fracture. En D2-D3, petite protrusion discale postéro-médiane, sans répercussion significative sur le contenu du sac dural. Altération dégénérative débutante en D8-D9, légèrement inflammatoire.!endif]>!if> 6. Le 18 janvier 2016, le docteur G_____, neuroradiologue FMH au CIO, a procédé à une IRM de la colonne cervicale. Il conclut à la rectitude cervicale, sans listhésis. Il n'y a pas d'œdème de la moelle osseuse. Pas d'anomalies de signal STIR évoquant une lésion ligamentaire. Le canal central et les neuroforamens sont libres. La moelle épinière est d'aspect homogène.!endif]>!if> 7. Le 20 janvier 2016, la doctoresse H_____, radiologue FMH au CIO, a procédé à une IRM

du genou gauche. Elle conclut à une contrainte fémoro-patellaire externe sans arthrose. Pas de déchirure ligamentaire ou méniscale.![endif]>![if> 8. Le 1^{er} mars 2016, le médecin traitant prolongeant encore l'arrêt de travail jusqu'au 31 mars 2016, a prescrit dix séances de massages sédatifs et décontracturants avec physiothérapie et rééducation par contraction isométrique contre résistance manuelle au niveau du rachis cervical.![endif]>![if> 9. L'assurée a été entendue par le team prestations de la SUVA Genève en date du 14 avril 2016. Au sujet de son état de santé actuel: - le genou gauche bénéficiait d'une bonne évolution; elle éprouvait des douleurs à la flexion forcée; pas d'autre gêne ni de traitement médical; - colonne cervicale: elle avait un point très douloureux et lancinant à la base du crâne; douleurs quasi-permanentes, très aiguës au réveil, avec une tension au milieu des omoplates; mobilité très réduite à froid (flexions, extensions et rotations); maux de tête en cas de fortes douleurs; pas de nausées et pas de vertiges, car elle fait attention à se reposer lorsque les douleurs s'accroissent; - colonne dorsale : douleurs jusqu'au milieu du dos à l'effort, lors de stations assise ou debout prolongées, à la marche et au port de charges. Elle doit alterner les positions; elle peut se pencher en avant pour prendre quelque chose au sol, mais avec prudence; douleurs accentuées aussi au niveau de la colonne cervicale et dorsale lors de changements climatiques. L'ensemble des douleurs la limite dans les gestes de la vie quotidienne (les courses, le ménage,...). Elle était en rééducation sous forme de physiothérapie à raison de deux séances par semaine, pour le rachis cervical et dorsal. Prochaine consultation chez le médecin traitant: fin avril. Elle est toujours en arrêt de travail à 100 %. Le médecin n'a pas émis de pronostic négatif quant à la reprise de son poste de travail, pour le moment. Pour sa part, elle se dit impatiente de reprendre le travail. Cependant, selon le médecin, elle doit prendre son mal en patience. En raison de son activité professionnelle il est important qu'elle récupère toute sa mobilité. Célibataire avec un enfant (11 ans) à charge, elle ne reçoit pas d'allocations familiales et vit seule avec sa fille. La caisse-maladie couvrant les frais médicaux est la CPAM (caisse primaire) et la mutuelle La Frontalière; elle ignore qui est son assurance-maladie perte de gain.![endif]>![if> 10. Le 3 mai 2016, la gestionnaire du sinistre a soumis le cas au docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a répondu le jour-même aux questions suivantes:![endif]>![if> - Présence d'un état antérieur ? : pas d'état antérieur.![endif]>![if> - Les troubles actuels sont-ils purement dégénératifs ou sont-ils dus à l'accident ? : troubles post-traumatiques.![endif]>![if> - Pronostic ? : a priori favorable.![endif]>![if> - Convocation pour un examen médical à l'agence ? : Proposition d'adresser l'assurée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour une évaluation.![endif]>![if> 11. Le médecin traitant a adressé un rapport intermédiaire à la SUVA en date du 18 mai 2016 : il a posé le diagnostic de contusion du rachis en entier suite à un accident sur la voie publique. Evolution actuelle des troubles : persistance de douleurs cervicales et dorsales. Il ne s'est pas prononcé sur le pronostic. Aucune circonstance particulière n'influait l'évolution du traitement. Le traitement actuel consistait dans la prise de Dafalgan, de codéine, ... La fréquence des consultations est d'une à deux fois par mois. Il ne sait pas s'il faut s'attendre à la persistance d'un problème.![endif]>![if> 12. Avec son accord, l'assurée a été convoquée pour une évaluation interdisciplinaire à la CRR, du 6 au 8 juin 2016 inclusivement.![endif]>![if> Dans leur rapport du 9 juin 2016, les docteurs J_____, médecin associé et FMH en neurologie (service de réadaptation en neurologie), et K_____, directeur médical adjoint, FMH en médecine interne rhumatologie (centre d'évaluation et de consultation), ont retenu les diagnostics suivants: diagnostics primaires: contusion

rachidienne le 21 (recte: 4) décembre 2015 (S30.28). Co-morbidités: troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse (phobique) (F 43. 28); algie vasculaire de la face (G44. 0); excès pondéral (BMI à 29) (E66. 99); tabagisme à 10 UPA (F17.1). Ils ont procédé à un résumé du dossier, consigné les données fournies par la patiente, notamment sur le déroulement de l'accident et l'évolution de son état de santé, l'anamnèse familiale, les antécédents personnels parmi lesquels ils notent que la patiente souffre depuis plus de dix ans de céphalées qui ont été taxées, il y a quatre ans, d'algies vasculaires de la face. De nombreux médicaments ont été tentés, tous inefficaces. La patiente traite les accès par oxygénothérapie. Tabagisme à environ 10 UPA. Allergies aux fruits de mer. Sur le plan socioprofessionnel: elle est née dans le Var (Draguignan), y a effectué sa scolarité jusqu'au bac; elle a ensuite intégré la fonction publique et acquis un diplôme d'aide-soignante. Après avoir travaillé pendant plusieurs années dans différents hôpitaux et obtenu des diplômes complémentaires, elle a travaillé durant dix ans dans le même home puis, en raison de soucis financiers, a recherché un emploi en Suisse. Depuis 2010, elle vit en Haute-Savoie et travaille en Suisse comme intérimaire, à 80 %, placée au gré des demandes dans les différents services nécessaires des HUG. Elle a une fille née hors mariage, mais elle s'est séparée de son compagnon il y a huit ans. À l'heure actuelle, elle entretient le ménage, prépare les repas, au gré de ses possibilités. Elle peut conduire sur de courtes distances, mais elle a pris un taxi pour répondre à la convocation de la CRR. Elle est la plupart du temps oisive, ce qui lui pèse. Elle voit l'avenir avec beaucoup de réserve. Quant aux données objectives: patiente plutôt enjouée, répondant de façon précise aux questions, qui garde un maintien rigide de la nuque pendant l'entretien. Il en est de même au cours de l'investigation clinique. Elle oppose à l'examen un comportement douloureux, essentiellement en raison de ses douleurs de nuque et de son port rigide. Elle se soumet sans réserve aux tests à effectuer sur ordre, sauf à préciser une force de préhension dérisoire, de 30mmHg à droite, contre 40 à gauche (témoin à 300). Elle annonce des douleurs à la palpation de la nuque, de façon diffuse, selon le gradient qu'elle avait décrit (prédominance au niveau de la charnière cervico-occipitale). Les mouvements d'abduction active des épaules s'arrêtent à 90°. Poids: 87 kg pour une taille de 175 cm; tension artérielle 220/80 mmHg au bras droit; pas de souffle ni de bruit surajouté à l'auscultation cardiaque; stéatopygie. Rachis: le bassin est à niveau; le rachis est relativement plat avec une faible cambrure lombaire. L'appui sur le vertex déclenche des douleurs sous-occipitales. La rotation du tronc d'un bloc déclenche des douleurs lombaires. La patiente manifeste sa douleur lors de tous les mouvements. Les mouvements globaux et latéraux, de flexions et de rotations sont amples et harmonieux. En revanche, au niveau cervical, la distance menton-sternum est de 5.5 cm en flexion pour 10 cm en extension. Les rotations cervicales droites-gauches sont de 40-0-20° en raison d'un important frein musculaire. Les latéroflexions droite-gauche sont à 15-0-5°. Le déroulement lombaire est satisfaisant avec un Schober qui passe de 10 à 15 cm pour une distance doigt-sol de 35 cm. La patiente verrouille en partie son dos, essentiellement la région dorsale, lors de ce mouvement. Membres supérieurs : pas de constatations anormales. Membres inférieurs: pas de constatations anormales. Les examinateurs ont également pris en compte le résultat des IRM de janvier 2016. Quant à l'appréciation du cas, ils observent que la patiente a pour principal antécédent médical une algie vasculaire de la face, traitée uniquement par oxygénothérapie. S'agissant des circonstances de l'accident de décembre 2015, dont ils rappellent le déroulement, observant que les airbags se sont déployés dès le premier choc, que la patiente n'a pas perdu connaissance, qu'elle a été secourue par des badauds et

transportée en ambulance à l'hôpital où, une fois les contrôles de routine effectués, elle fut licenciée le jour même. Ils notent que différents diagnostics ont été évoqués, et différentes investigations pratiquées durant les premiers mois de l'accident à la recherche d'une atteinte cervicale, dorsale ou du genou gauche. L'évolution est laborieuse. Si au cours des quatre premiers mois post-traumatiques, la patiente a l'impression d'une amélioration très modérée, les douleurs stagnent au même degré depuis deux mois actuellement, empêchant la reprise de l'activité professionnelle. Les traitements restent impuissants et sont mal tolérés. La patiente se contente du port intermittent d'une collerette, de Dafalgan codéiné et d'une physiothérapie passive. Les plaintes actuelles comportent essentiellement des douleurs en regard de la charnière cervico-occipitale s'étendant vers le bas, aussi bien à la racine des bras que sur les omoplates, ou encore à la transition dorsolombaire où elles s'étendent en barres. Les douleurs sont cotées à un haut degré d'intensité (72/100) et s'exacerbent lors de sollicitations mécaniques. L'intéressée collabore à l'examen physique : si son comportement douloureux n'est pas outrancier, il est caractérisé par un maintien rigide de la nuque et de la région dorsale, par une limitation dans les mouvements actifs d'abduction de l'épaule et par une force de préhension dérisoire. Il existe une très importante limitation, tous azimuts, de la mobilité de la nuque et des douleurs diffuses à la palpation de la région cervico-scapulaire des deux côtés. Sur le plan neurologique, on ne retient aucun élément en faveur d'une atteinte médullaire, radiculaire ou plus périphérique. Les documents d'imagerie sont rassurants. À ce stade, les examinateurs retiennent le diagnostic de contusion rachidienne simple, sans lésions démontrées, le « 21 » (recte : 4) décembre 2015.

L'intéressée collabore moins bien à l'évaluation des capacités fonctionnelles. Le score de 88 atteint au PACT donne à penser qu'elle ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire, ou essentiellement assis. Au vu des activités qu'elle déploie dans la vie courante (autonomie pour toutes les tâches, y compris ménagères), on doit admettre qu'elle sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. Au cours des tests proprement dits, elle s'autolimité systématiquement, à savoir qu'elle met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. La faible excursion de la fréquence dit bien la pauvreté de l'effort consenti. La volonté de donner le maximum aux différents tests est insuffisante et le niveau de cohérence est faible. L'ECF ne reflète finalement que les efforts auxquels Madame a bien voulu consentir et non pas le niveau réel de ses performances. Au cours de l'entretien psychiatrique, on ne retrouve pas de symptôme-clé de l'état de stress post-traumatique comme des flashbacks diurnes. On peut par contre observer des comportements d'évitement qui s'organisent sur un mode phobique, que ce soit par rapport à la conduite automobile, mais également de façon plus étendue (la patiente envisageant difficilement un voyage en avion). La tonalité émotionnelle de l'entretien psychiatrique se départage en deux temps: initialement maîtrisée dans ses émotions alors que, lorsqu'il lui est demandé de décrire son état psychologique, une labilité d'humeur apparaît clairement. On ne peut cependant parler de symptomatologie dépressive franche. Cette anxiété phobique peut entrer dans le cadre d'un trouble de l'adaptation (après six mois, le diagnostic devra être modifié dans le sens de la symptomatologie résiduelle observée). Le pronostic peut être taxé de bon à moyen terme. L'assurée dispose de ressources personnelles et d'un environnement professionnel favorables. Le bilan ne permet pas de retenir de lésions organiques susceptibles d'expliquer l'état douloureux. Ce nonobstant, la patiente se sent particulièrement envahie par ses symptômes, qui intègrent ses antécédents (algie vasculaire), et sur lesquels se greffent ses douleurs cervicales et dorsales. La composante psychologique, savoir le trouble anxieux qui s'est développé après

son accident est susceptible de compliquer l'évolution. Ce facteur peut favoriser le sentiment de perte de maîtrise et d'efficacité, à l'opposé de son fonctionnement habituel, ce qui représente un facteur de crise. Dans ce contexte la prise en charge thérapeutique devrait s'établir selon deux axes : d'une part, une psychothérapie (avec par exemple l'appoint de l'hypnose) serait envisageable pour aider la patiente à surmonter la dimension émotionnelle de son accident, retrouver confiance en elle-même et à terme diminuer l'anxiété et les comportements phobiques. D'autre part la mise en route d'une rééducation basée sur des mesures actives: mobilisation, tonification, amélioration de l'endurance. Au cours de l'entretien qui clôt l'évaluation, les examinateurs insistent sur la nécessité de poursuivre les exercices actifs malgré la douleur prévisible et de ne pas subordonner les exercices à l'absence de douleur. Sont annexés à ce rapport interdisciplinaire celui du psychiatre (docteur L_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie), le rapport de neurologie du Dr J_____ et le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) de Madame M_____, psychothérapeute diplômée. Copie de ce rapport a été adressée au médecin traitant. Le détail des rapports annexes seront repris, dans la mesure utile dans les considérants. 13. Par courriel du 22 juin 2016 (pièce 65 dossier intimée), l'assurée, confirmant une discussion préalable avec le gestionnaire du dossier, a inventorié un certain nombre de remarques, formelles (par ex. la date erronée de l'accident : 4 et non 21 décembre - relevée ci-dessus) ou de fond au sujet du rapport de la CRR. Le détail de ces remarques sera repris, dans la mesure utile, dans les considérants. 14. Le 28 juin 2016, le médecin d'arrondissement a à nouveau pris position par rapport au dossier, notamment au vu du rapport d'évaluation de la CRR: selon lui, l'incapacité de travail est toujours justifiée pour les seules suites de l'accident; le pronostic est bon; une reprise de l'activité est attendue. 15. L'assurée a été examinée par le Dr I_____ le 11 juillet 2016. Dans son rapport, le médecin d'arrondissement a rappelé l'évolution chronologique de l'instruction du dossier et de l'état de santé de l'assurée, puis il a relevé les déclarations de l'intéressée de manière détaillée et par rapport aux différents points notés comme douloureux juste après l'accident et par la suite. Le détail de ces remarques sera repris, dans la mesure utile, dans les considérants. L'examineur a ensuite énuméré ses constatations à l'examen, relevant notamment le résultat de l'examen du rachis cervical, indiquant que, sur le plan psychiatrique, on peut se rapporter au rapport de la CRR. S'agissant de l'imagerie, il se réfère aux clichés des examens IRM réalisés, notamment au niveau du rachis cervical, et apportés sur CD par l'assurée. Cet examen ne met pas en évidence de lésions anatomiques. Le rachis a néanmoins pu être évalué, même si l'examen a dû être interrompu prématurément. Il a retenu les deux diagnostics de traumatisme du rachis cervical et de cervicalgies persistantes depuis sept mois. Quant à son appréciation, il a rappelé que l'assurée avait été victime d'un accident de la voie publique il y a sept mois et les circonstances de celui-ci. Devant la persistance de cervicalgies, et un bilan iconographique normal, sans particularité, l'assurée avait bénéficié d'un séjour d'évaluation à la CRR. Il avait été retenu en conclusion l'intérêt de poursuivre une psychothérapie avec séances d'hypnose, et une rééducation basée sur des mesures actives. La patiente avait suivi une trentaine de séances de physiothérapie jusqu'à ce jour. Le cas pourrait être transmis au médecin-psychiatre de la SUVA pour recueillir son avis notamment concernant les séances d'hypnose. Sur le plan professionnel elle exerce une activité d'aide-soignante aux HUG par le biais d'une société d'intérim. Sur le plan thérapeutique elle ne suit pas de traitement, étant donné que les antalgiques de palier II sont mal tolérés et le paracétamol inefficace. Sur le plan somatique, on peut s'attendre, pour les seules suites de l'événement à charge de

l'assureur-accidents, une reprise de l'activité professionnelle après avoir complété la physiothérapie pour un travail d'ici à deux mois au plus tard. Copie de ce rapport a été adressée au médecin traitant avec l'autorisation expresse de l'assurée.!

16. Le dossier a été soumis au psychiatre-conseil de la SUVA, le docteur N_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 juillet 2016, il a relevé que le but de son appréciation était de procéder à une évaluation de la causalité naturelle et de se déterminer sur l'indication à un traitement d'hypnothérapie. Il a rappelé que l'assurée avait été soumise à une évaluation interdisciplinaire à la CRR, observant que sur le plan psychique, l'examen n'avait pas mis en évidence d'état de stress post-traumatique, mais la présence de comportements phobiques par rapport à la conduite automobile, une certaine labilité de l'humeur, sans symptomatologie dépressive franche. Le diagnostic retenu était celui d'un trouble de l'adaptation. Aucune lésion organique n'avait été retenue. Il avait été prôné, pour l'aider à surmonter la dimension émotionnelle de l'accident, de suivre une psychothérapie notamment avec des séances d'hypnose afin d'améliorer les comportements phobiques et la confiance en elle. Dans son appréciation, le Dr N_____ considère que le trouble de l'adaptation est lié à un événement stressant, en l'occurrence l'accident de voiture, même si celui-ci semble avoir déstabilisé une structure de personnalité qui semblait déjà fragile auparavant. De plus, il existe la description d'un comportement phobique vis-à-vis de la conduite automobile, clairement à mettre en relation avec l'accident vécu. La causalité naturelle doit donc être retenue. Il propose d'accepter une prise en charge spécialisée sur une durée maximum de trois à six mois, axée sur les aspects comportementaux, qui ne devrait donc pas se limiter simplement à des séances d'hypnose, au cours desquelles on peut effectivement traiter le vécu émotionnel du traumatisme, mais inclure également des séances d'exposition pour l'aider à surmonter ses comportements d'évitement.!

17. Le 8 août 2016, le Dr K_____ de la CRR a écrit au médecin d'arrondissement de la SUVA: l'assurée avait repris contact avec la clinique, pour signaler les erreurs (coquilles) que recelait leur rapport. Il a ainsi relevé qu'à plusieurs reprises ce rapport évoquait la date (erronée) du 21 décembre - au lieu du 4 - pour la date de l'accident; au début du chapitre consacré à l'appréciation, ce rapport évoquait une femme de 47 ans alors que l'intéressée est âgée d'à peine 37 ans. Enfin, à la page 4 de ce rapport, les examinateurs soulignent que l'intéressée entretient le ménage, prépare les repas au gré de ses possibilités. L'assurée souhaite, pour qu'il n'y ait pas d'équivoque sur ce point, que les examinateurs précisent qu'elle a requis l'aide d'une aide-ménagère six heures par semaine. En conclusion, le directeur médical adjoint de la CRR priait le médecin d'arrondissement de prendre bonne note des éléments relevés, qui ne changent rien sur le fond des conclusions du rapport.!

18. Par courrier du 12 août 2016, la SUVA a confirmé à l'assurée la prise en charge, jusqu'au 31 décembre 2016, d'un traitement de psychothérapie, notamment avec des séances d'hypnose ainsi que des séances d'exposition pour l'aider à surmonter les éventuels comportements d'évitement toujours liés à l'accident. !

19. Le 8 octobre 2016, le Dr I_____, sollicité par la SUVA pour qu'il se prononce sur la capacité de travail de l'assurée, a procédé à une nouvelle appréciation médicale et répondu par courrier du 10 octobre 2016: à la lumière de l'ensemble du bilan réalisé tant à l'agence de la SUVA qu'à la CRR, concluant à un traumatisme bénin sans lésions structurelles anatomiques sous-jacentes, on peut s'attendre dès ce jour à une reprise de l'activité professionnelle, de façon progressive: à 50 % dès le 10 octobre 2016, puis à 100 % à partir du 2 novembre 2016.!

20. Par courrier recommandé du 14 octobre 2016, la SUVA a indiqué à l'assurée que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, on pouvait s'attendre à

une capacité de travail à 50 % dès le 20 octobre 2016, suivie d'une pleine capacité de travail dès le 2 novembre 2016. Les indemnités journalières seraient réglées en conséquence et si, à l'avenir, un traitement médical devait à nouveau avoir lieu, une déclaration de rechute devra être faite auprès de la SUVA.![endif]>![if> 21. Le 19 octobre 2016, l'assurée a transmis à la SUVA, par courriel, un rapport de consultation externe du neurologue consulté à l'hôpital d'Annecy, le 12 juillet 2016: le docteur O _____, praticien hospitalier, au service de neurologie de ce centre hospitalier, indique avoir vu la patiente le jour en question, toujours invalidée par ses douleurs cervicales inhabituelles. Elle se présente avec une raideur rachidienne qu'il ne connaissait pas lors des précédentes consultations et qui semble être apparue depuis mai 2016, possiblement consécutivement à l'accident de la voie publique qu'elle a eu, et qui était sévère dans sa description, puisqu'elle n'était pas notée dans les premières consultations, consacrées uniquement à la gestion de son AVF (algie vasculaire de la face) gauche. La douleur rachidienne s'associe à une raideur et une limitation des mouvements latéraux et d'extension. La palpation des masses musculaires cervicales est sensible. L'élévation du bras droit est difficile mais il n'y a pas de baisse de la force motrice. Les réflexes sont toujours perçus et il n'y a pas de perte sensitive. La raideur rachidienne ne peut être expliquée simplement par l'AVF qui habituellement ne s'accompagne pas de ce type de manifestations. Il pense donc que la physiothérapie mise en œuvre ainsi qu'un traitement symptomatique devraient pouvoir améliorer ce problème. Il est fort possible toutefois que la patiente garde une limitation de la motricité et des douleurs notamment lors de la fatigue.... Il ne pense pas que ces signes soient en rapport avec l'AVF car les signes sont habituellement localisés au niveau de l'extrémité céphalique, avec des signes végétatifs, mais ne comportent pas d'atteinte scapulaire ou rachidienne. Dans un premier temps: essayer un traitement antalgique anti-inflammatoire, ceci malgré une mauvaise tolérance aux différents médicaments. ![endif]>![if> L'assurée a également fait suivre à l'assureur-accidents un rapport médical intermédiaire de son médecin traitant (du 19/10/2016), qui retient le diagnostic de traumatisme du rachis cervical et dorsal, relève des rachialgies et des contractures musculaires, le traitement consistant en prescription de physiothérapie, la prise d'antalgiques, du repos et de l'hypnose, la fréquence des consultations étant d'une fois par mois. Le médecin répond négativement à la reprise du travail, et négativement aussi à la question de savoir s'il faut s'attendre à la persistance d'un problème. 22. Consulté sur la base de ces deux nouveaux documents médicaux, le médecin d'arrondissement a indiqué, dans une nouvelle appréciation médicale du 28 octobre 2016, qu'à la lumière de ces nouveaux éléments, il n'y avait pas de modification de sa prise de position antérieure concernant la capacité de travail de l'assurée.![endif]>![if> 23. Par décision du 31 octobre 2016, la SUVA s'est référée à son courrier du 14 octobre 2016 fixant la capacité de travail progressive. Celle-ci était maintenue, sur la base des nouveaux renseignements médicaux produits. La capacité de travail, de 50 % dès le 20 octobre 2016 et de 100 % dès le 2 novembre 2016 était donc confirmée, les indemnités journalières étant réglées en conséquence, l'intéressée étant invitée à s'annoncer à l'assurance-chômage de son pays. ![endif]>![if> 24. Par courrier du 5 novembre 2016, l'assurée a formé opposition à la décision susmentionnée. Elle conteste l'avis du médecin d'arrondissement reposant sur une appréciation médicale du 8 octobre 2016 ceci sans l'avoir rencontrée. Elle produit différents documents formels, soit notamment une prolongation d'arrêt de travail jusqu'au 20 novembre 2016, la prescription de physiothérapie et la confirmation de prise en charge d'une psychothérapie notamment avec des séances d'hypnose par la SUVA, la prescription d'aide-ménagère pour 6 heures par semaine et le rapport médical intermédiaire de son

médecin traitant du 19 octobre 2016 complété le 3 novembre 2016, "vu l'incompréhension de la décision". Elle invitait l'assureur-accidents à revoir la décision afin de reprendre son indemnisation, la profession d'aide-soignante qu'elle exerce depuis 18 ans requérant une condition physique et morale adéquates pour l'exercer dignement.!

25. Par décision sur opposition du 18 novembre 2016, la SUVA (Lucerne) a rejeté l'opposition interjetée contre la décision du 31 octobre 2016 de la SUVA Genève et indiqué qu'un éventuel recours contre la présente décision n'aurait aucun effet suspensif. Rappelant que selon la jurisprudence, relative aux accidents avec traumatisme de la colonne cervicale, lésions équivalentes ou traumatismes cranio-cérébraux, on distingue sur le plan physique trois catégories d'atteintes à la santé :

I. Celles, regroupant les atteintes reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon; si cette altération structurelle est due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre.

II. Celles qui comprennent les atteintes à la santé qui sont certes «organiquement» perceptibles cliniquement (constatables avec l'examen médical), mais auxquelles un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle mise en évidence par des méthodes d'investigation technique ou d'imagerie scientifiquement reconnue fait défaut: ces atteintes ne peuvent pas être suffisamment prouvées du point de vue organique. Par exemple, en cas de diagnostic de « syndrome cervical », on observera entre autres une contraction musculaire, des myogéloses et une limitation de la mobilité de la tête, une inclinaison de la tête, sans qu'aucune base organique allant dans le sens d'altération structurelle n'en explique la cause. De tels troubles peuvent, selon l'expérience, être également déclenchés psychiquement. Il en va de même pour des problèmes mis en évidence par des tests neuropsychologiques qui ne sont pas fondés sur une atteinte organique. De telles atteintes, dont la cause organique n'est pas démontrable quand le lien de causalité naturelle est retenu, ne sont pas considérés sans autres comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident.

III. Enfin les atteintes à la santé qui ne sont pas perceptibles cliniquement et qui n'ont pas de substrat organique au sens d'une altération structurelle établie. Il s'agit de simples plaintes de troubles diffus. Dans ce cas, la causalité naturelle fait déjà défaut.

Rappelant les différents éléments médicaux, les diagnostics posés par les médecins de la CRR, l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement et du psychiatre-conseil de l'assureur-accident, les troubles litigieux doivent être classés dans la catégorie II, qui implique l'examen de la causalité adéquate. Dans le cas d'espèce, l'accident peut tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu. Dans cette catégorie, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat du lien de causalité, il faut un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence, ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière. Sans minimiser l'accident, il n'en demeure pas moins que celui-ci n'a pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant. L'accident n'a pas été accompagné de circonstances concomitantes particulièrement impressionnantes. L'assurée a pu s'extraire seule de sa voiture et rédiger un constat à l'amiable. Elle n'a pas subi de lésions graves et n'a pas bénéficié d'un traitement spécifique continu et pesant, tels que par exemple, plusieurs opérations. Aucune erreur dans le traitement ni complications importantes ne sont intervenues. L'assurée n'a fait aucun effort pour reprendre le travail. Le seul critère qui pourrait être rempli est celui des douleurs importantes. Or pour les accidents de gravité moyenne, un seul critère ne suffit pas pour admettre la causalité adéquate.

26. Par mémoire du 16 décembre 2016, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la

Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition du 18 novembre 2016. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise et à la condamnation de l'intimée à verser les indemnités dues. Selon elle, les plaintes maintes fois renouvelées en relation avec son état de santé sont la preuve d'un lien de causalité avec l'accident du 4 décembre 2016 (recte : 2015). La décision de rejet de l'intimée est essentiellement fondée sur deux appréciations médicales du médecin d'arrondissement. Celles-ci ne revêtent pas une valeur probante suffisante pour permettre d'écarter les avis convergents des médecins traitants, neurologue et généraliste. Selon ces derniers la recourante est toujours en arrêt de travail à 100 %, elle reste très affectée par ses contractures cervicales et dorsales. Ces affections consécutives à l'accident persistent malgré tous les traitements entrepris, tout en continuant à entraver sa capacité de travail. Les appréciations des deux médecins d'arrondissement ne mentionnent pas que la recourante est suivie régulièrement pour une AVF pharmaco-résistante. Cette AVF est responsable d'un handicap fonctionnel lorsque les crises se déclenchent et justifient une incapacité à 100 %. Le médecin d'arrondissement omet par ailleurs qu'elle ne peut faire que de petites choses (impossibilité de passer l'aspirateur et de nettoyer les sols) et qu'elle doit s'arrêter régulièrement en raison des douleurs. La possibilité actuelle de ne faire que des travaux superficiels atteste une invalidité dans les tâches ménagères à 100 %. Suite à la décision entreprise une expertise sera diligentée auprès du docteur P_____, dans la première quinzaine de janvier 2017. L'intimée s'est déterminée par courrier du 20 janvier 2017. Elle conclut au déboutement de la recourante de toutes ses conclusions. La décision litigieuse du 31 octobre 2016 confirmée sur opposition le 18 novembre 2016 a déclaré l'assurée apte au travail à 50 % dès le 20 octobre 2016 et à 100 % à partir du 2 novembre 2016. Aussi a-t-elle réglé en conséquence le versement des indemnités journalières. Par son recours, l'assurée conclut à l'annulation de la décision entreprise et à la poursuite du versement des indemnités journalières, de sorte que le litige porte sur le droit de la recourante aux indemnités journalières dès le 20 octobre 2016. Pour l'essentiel, la recourante remet en cause la valeur probante des documents médicaux ayant servi de base à la décision entreprise. Cette opinion ne saurait être suivie. En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du médecin d'arrondissement : ses conclusions résultent d'une étude circonstanciée du résultat des examens médicaux réalisés, qui n'ont objectivé aucun substrat organique expliquant le tableau algique de l'assurée. Ces observations correspondent en tous points au rapport pluridisciplinaire des spécialistes de la CRR. Elles ne sont remises en cause par aucune pièce du dossier. Le médecin traitant atteste certes de l'incapacité de l'assurée à reprendre son activité en raison de contractures et de rachialgies, mais ne remet toutefois pas en cause l'évaluation du Dr I_____ ainsi que celle des spécialistes de la CRR selon laquelle ces symptômes ne sont pas corroborés par des constatations médicales fiables et objectives. Bien plutôt, le médecin traitant semble fonder son appréciation sur les seules plaintes subjectives de l'assurée. Son avis succinct ne suffit à remettre en cause ni le point de vue du médecin d'arrondissement ni les conclusions des médecins de la CRR. Quant au Dr O_____, il se borne, dans son avis du 14 novembre 2016, à discuter des symptômes de l'AVF de l'assurée. Cette atteinte, antérieure à l'accident, est toutefois étrangère à celui-ci et ne saurait par conséquent engager la responsabilité de l'intimée. Quant aux troubles psychiques retenus par les médecins consultés, ils n'apparaissent pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, ce que ne conteste pas l'assurée. Par mémoire déposé le 16 février 2017, la recourante, représentée par M. B_____, juriste de l'Amicale des frontaliers, a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 18 novembre 2016 et

à ce que soit ordonnée une expertise judiciaire. S'agissant des faits, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, la recourante ne s'est pas extraite seule de son véhicule, mais l'a été par plusieurs personnes, avant d'être installée chez la voisine, fortement secouée et sous le choc, en attendant les secours. Les critiques formulées à l'encontre du rapport des médecins de la CRR sont justifiées par l'inadvertance dans la chronologie des faits (lapsus calami vraisemblablement de retranscription). La plupart des erreurs de l'évaluation interdisciplinaire de la CRR du 9 juin 2016 dont la recourante a demandé en vain la modification ont une incidence très importante dans la décision entreprise. Cette évaluation est incomplète et ne saurait remplir toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un document. Il ressort de l'expertise du Dr P_____, médecin expert, qu'« en matière de douleurs du rachis cervical, il est d'usage d'attendre 24 mois pour pouvoir consolider les patients d'autant plus s'ils sont toujours en séances de kinésithérapie ». Les conséquences de l'accident du 4 décembre 2015 nécessitent toujours des séances de kinésithérapie à raison de 2 x 45 mn par semaine soit 1h30. Le travail d'aide-soignante est un métier physique nécessitant l'absence de troubles musculo-squelettiques. Le médecin traitant a également prescrit des aides ménagères à domicile. Si le juge entend s'écarter du résultat d'une expertise, il ne peut sans motifs déterminants substituer sa propre appréciation à celle de l'expert et devra, le cas échéant, recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes. Dans ces conditions il y a lieu de recourir à une expertise judiciaire.!

29. A l'appui de ses écritures, la recourante a produit, outre des pièces d'ores et déjà incluses dans le dossier de l'intimée, trois attestations - témoignages écrits - émanant de personnes habitant dans le voisinage immédiat du lieu de l'accident. Le détail de leur contenu sera repris dans la mesure utile dans les considérants; le rapport d'expertise du Dr P_____ du 6 janvier 2017, un courriel du 13 janvier 2017 de Monsieur Q_____ attestant dispenser à l'intéressée deux séances de physiothérapie par semaine depuis le 7 mars 2016; enfin une attestation du médecin traitant du 19 janvier 2017, certifiant que la recourante nécessite l'assistance d'une aide-ménagère durant une durée de six heures par semaine "pendant un an sous réserve d'aggravation ultérieure".

30. L'intimée a brièvement dupliqué, par courrier du 9 mars 2017 ; elle a persisté dans ses conclusions: les considérations de la recourante relatives aux traitements dont elle fait l'objet n'intéressent pas la présente procédure, le litige portant exclusivement sur le droit de la recourante aux indemnités journalières dès le 20 octobre 2016. Pour le surplus l'intéressée n'apporte aucun élément nouveau. Le rapport d'expertise dont elle se prévaut - faute de corroborer les symptômes évoqués par des constatations médicales fiables et objectives - ne remet pas en cause les conclusions médicales prises en considération par l'intimée.

31. Par courrier spontané du 10 mai 2017, le mandataire de la recourante a fait tenir à la chambre de céans copie d'un courrier de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) du 4 mai 2017, relatif à des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation: ce courrier confirme à l'intéressée le contrat conclu la veille sur les objectifs à atteindre dans le cadre de la prise en charge de frais pour une formation au secrétariat médical (« à distance ») auprès de l'Ecole de santé de Suisse romande du 24 avril au 15 décembre 2017, selon descriptif annexé (copie du contrat d'objectifs).

32. Par ordonnance du 17 mai 2017, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI.

33. A réception de celui-ci, la chambre de céans a imparti aux parties un délai pour venir le consulter et faire part de leurs observations éventuelles.

33. Par courrier du 23 juin 2017, l'intimée a brièvement observé que le dossier de l'AI ne contient pas de pièces pertinentes à la présente procédure. En particulier, on ne saurait rien

tirer du rapport (d'expertise) du Dr P_____ du 6 janvier 2017 (également remis à l'OAI) qui, à l'instar des spécialistes de la CRR et du médecin d'arrondissement de l'intimée, exclut en effet toute lésion traumatique à l'origine des douleurs du rachis cervical de la recourante. Pour le surplus, il est indifférent que les céphalées de l'assurée aient "décuplé" depuis l'accident, comme en atteste son neurologue dans son rapport du 17 mai 2016. Il est en effet établi et incontesté que ces troubles ne se rapportent pas à une lésion structurelle sous-jacente ou objectivable. Or l'existence d'une relation de causalité entre l'accident et les troubles de l'assurée, non-objectivables d'un point de vue organique, doit être niée. A supposer que la recourante présente un tableau clinique au sens de la jurisprudence publiée aux ATF 117 V 359 et 134 V 109, les seuls critères susceptibles de fonder l'examen de la causalité adéquate seraient les douleurs persistantes et la durée de l'incapacité de travail, mais ne revêtent de toute manière pas une intensité suffisante pour engager la responsabilité de l'intimée. La recourante ne prétend, au demeurant, pas le contraire. Il s'avère également superflu de surseoir à statuer jusqu'à ce que l'expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI n'ait été mise en œuvre. [endif]>![if> 34. La recourante ne s'étant pas manifestée, la chambre de céans a indiqué aux parties que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable.![endif]>![if> Par ailleurs, au 1 er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'accident est antérieur à cette date, le droit de la recourante à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015), d'autant que dans le cas d'espèce la modification légale ne concerne pas que la problématique litigieuse. 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).![endif]>![if> 4. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés sont en lien de causalité avec l'accident du 4 décembre 2015, singulièrement quel est le droit de la recourante aux indemnités journalières dès le 20 octobre 2016.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait

provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; 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). 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.

Casuistique: Circonstances concomitantes particulièrement dramatiques: 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). Accidents de gravité moyenne: 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), 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

E. 13

septembre 2005 consid. 4). Accidents de gravité moyenne, à la limite des cas graves: 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur

la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 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). 7. En l'espèce, pour l'essentiel, la recourante remet en cause la valeur probante des documents médicaux ayant servi de base à la décision entreprise. Il s'agit donc de déterminer si les rapports médicaux successifs de la CRR et du médecin d'arrondissement, le Dr I_____, peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. [endif]>[if> a. Au début mai 2016, cinq mois après l'accident, devant la persistance de troubles, respectivement de douleurs, perceptibles cliniquement (constatables avec l'examen médical), mais auxquels un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle mise en évidence par des méthodes d'investigation technique ou d'imagerie scientifiquement

reconnue faisait défaut, le Dr I_____ a proposé à la SUVA d'adresser l'assurée à la CRR pour une évaluation interdisciplinaire, réalisée du 6 au 8 juin 2016. Cette mesure d'instruction, entreprise à ce moment-là, était conforme aux recommandations jurisprudentielles rappelées ci-dessus (le Tribunal fédéral considère en effet 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 [ATF 134 V 109 consid. 9.4]). La chambre de céans reconnaît au rapport de la CRR du 9 juin 2016 (cf. ch. 12 en fait) une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée précédemment (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb): il est fondé sur une connaissance approfondie du dossier, sur une anamnèse complète, les experts ayant pris en compte les plaintes de l'assurée; les examinateurs de la CRR ont personnellement examiné l'intéressée, et procédé à des examens complémentaires, prenant en compte les avis exprimés par les médecins traitants; tant le rapport principal que les rapports complémentaires annexés (soit l'examen neurologique du 6 juin 2016, le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles du 6 juin 2016 et l'évaluation psychiatrique du 8 juin 2016), aboutissent à des conclusions convaincantes, et aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé. Du reste, aucun des médecins traitants n'a émis la moindre critique au sujet de ce rapport, qui a d'emblée été adressé en copie au médecin traitant. Certes l'assurée elle-même a rapidement critiqué ce rapport: elle y a relevé pour l'essentiel des erreurs de pure forme (par exemple la date de l'accident - 21 au lieu de 4 décembre 2015 -); elle reproche aux auteurs du rapport de ne pas avoir précisé certains éléments à l'endroit où elle les aurait souhaités (par exemple: à l'anamnèse socioprofessionnelle (p. 4 du rapport), lorsqu'il est mentionné qu'elle entretient actuellement le ménage, prépare les repas au gré de ses possibilités, elle reproche aux experts de ne pas avoir mentionné le fait qu'elle était assistée six heures par semaine par une aide-ménagère. Elle y voit une lacune qui selon elle fausserait totalement les résultats et constatations. On relèvera toutefois que d'une part les médecins l'avaient relevé en p. 2 de leur rapport, dans le résumé du dossier, -montrant bien qu'ils n'ont pas ignoré cet élément -. Contrairement à ce que pense l'assurée, l'appréciation des experts est cohérente, et conforme aux faits: indépendamment de l'aide apportée ponctuellement, par une tierce personne, cela ne l'empêche pas de déployer les activités de la vie quotidienne y compris les tâches ménagères. On relèvera d'autre part que le fait que son médecin traitant lui ait prescrit une aide-ménagère, et ait régulièrement prolongé cette prescription, n'est pas en soi une preuve sur le plan médical. On relèvera encore parmi les griefs de la recourante, le fait que les experts n'aient pas précisé que l'un des examens IRM (colonne cervicale -18/1/2016), n'aurait pas été « fini » selon la recourante. En réalité, comme le mentionne le rapport radiologique, cet examen n'a pas dû être interrompu; il n'a pas pu être pratiqué selon le protocole habituel (quatre séquences "seulement") en raison de la claustrophobie de la patiente. Cela n'a pas empêché l'obtention d'un résultat fiable, confirmant l'absence de lésion notamment, conclusion qui a été confirmée par le médecin d'arrondissement, et qui n'est pas remise en cause par le médecin traitant, ni par le Dr P_____. Quoi qu'il en soit l'assurée a soumis ses remarques à la CRR, qui s'est prononcée par courrier du 8 août 2016, confirmant les modifications à apporter, et à l'occasion, l'auteur du rapport initial a du reste relevé spontanément une autre coquille (mention de l'âge de la patiente - 47 ans au lieu de 37 ans -). Le Dr K_____ précise, pour clore, que ces modifications ne changent rien au fond des conclusions du rapport. La chambre des assurances sociales remarque en effet

qu'une lecture attentive et objective du rapport permet non seulement de remarquer d'emblée les petites erreurs formelles signalées par la recourante, mais également de constater qu'elles ne sont pas significatives quant au fond, et ne sauraient être de nature à jeter le moindre doute quant aux conclusions des experts. On notera également que, s'agissant des médecins traitants de la recourante, soit le Dr E_____, généraliste, et le Dr O_____, - neurologue qui la suivait déjà depuis un an et demi au moment de l'accident pour les céphalées dont elle souffre depuis fort longtemps, ne remettent pas en cause les constatations et appréciation des experts de la CRR. b. S'agissant des rapports du Dr I_____, ba. L'assurée a été examinée par le Dr I_____ le 11 juillet 2016 (ch. 15 en fait). Le médecin d'arrondissement a rappelé l'évolution chronologique de l'instruction du dossier et de l'état de santé de l'assurée, a relevé les déclarations de l'intéressée, de manière détaillée: l'évolution actuelle du genou gauche est favorable; au niveau des cervicalgies, elle se plaint de douleurs quasi-permanentes ; elle déclare porter un collier cervical en mousse de deux à cinq heures par jour; à défaut elle a l'impression que sa nuque « va la lâcher ». Elle dit ressentir une tension musculaire au niveau du rachis dorsal moyen, et une impression de points douloureux bien localisés au niveau du rachis cervical haut. Il existe occasionnellement avec la fatigue une douleur irradiant vers les deux épaules, mais sans aucune irradiation brachiale. Survenance de douleurs nocturnes parfois insomniantes, variant en fonction de son activité au cours de la journée passée. Sur le plan de la conduite automobile, elle se déclare très gênée, avec notamment des épisodes d'angoisse importants, et pleure en les évoquant. Elle est parfois incapable de rouler pendant une dizaine de minutes. Il n'y a aucun élément déclencheur. Sur le plan thérapeutique: elle ne prend pas de médicaments, car elle se déclare « intolérante à tout ». Elle suit un traitement par oxygénothérapie pour les algies vasculaires de la face. Elle déclare également être claustrophobe lors des examens IRM qui ont été réalisés, et mentionne que l'examen cervical n'a pas pu être effectué dans son intégralité comme cela est mentionné sur le rapport du radiologue. Elle suit deux séances de physiothérapie chaque semaine: séances d'étirement suivies de massage et de physiothérapie. À l'issue de ces séances, elle constate un gain modeste en flexion. Des séances de psychothérapie avec hypnose avaient été recommandées à Sion. Elles n'ont pas débuté; elle pensait que la convocation de ce jour était destinée à l'adresser chez un confrère pratiquant l'hypnose. L'examineur a ensuite énuméré ses constatations à l'examen, relevant notamment le résultat de l'examen du rachis cervical, indiquant que, sur le plan psychiatrique, on peut se rapporter au rapport de la CRR. S'agissant de l'imagerie, il se réfère notamment aux clichés des examens IRM réalisés, notamment au niveau du rachis cervical, et apportés sur CD par l'assurée. Cet examen ne met pas en évidence de lésions anatomiques. Le rachis a néanmoins pu être évalué, même si l'examen a dû être interrompu prématurément. Il a retenu les deux diagnostics de traumatisme du rachis cervical et de cervicalgies persistantes depuis sept mois. Quant à son appréciation, il a rappelé que l'assurée avait été victime d'un accident de la voie publique il y a sept mois et les circonstances de celui-ci. Devant la persistance de cervicalgies, et un bilan iconographique normal, sans particularité, l'assurée avait bénéficié d'un séjour d'évaluation à la CRR. Il avait été retenu en conclusion l'intérêt de poursuivre une psychothérapie avec séance d'hypnose, d'autre part une rééducation basée sur des mesures actives. La patiente avait suivi une trentaine de séances de physiothérapie jusqu'à ce jour. Sur le plan somatique, on peut s'attendre, pour les seules suites de l'événement à charge de l'assureur-accident, une reprise de l'activité professionnelle après avoir complété la physiothérapie pour un travail d'ici à deux mois au plus tard. Copie de ce rapport a été

adressée au médecin traitant avec l'autorisation expresse de l'assurée. Les conclusions de ce rapport sont convaincantes, exemptes de contradictions. Elles n'ont d'ailleurs fait l'objet d'aucun commentaire et encore moins de contestations de la part du médecin traitant qui en a reçu immédiatement une copie. La chambre des assurances sociales lui reconnaît une pleine valeur probante. bb. Le 8 octobre 2016, le Dr I_____, sollicité par la SUVA pour qu'il se prononce sur la capacité de travail de l'assurée, a procédé à une nouvelle appréciation médicale et répondu par courrier du 10 octobre 2016 (ch. 19 en fait). Dans son opposition du 5 novembre 2016, la recourante faisait grief au médecin d'arrondissement d'avoir attesté une capacité de travail à 50 % dès le 20 octobre 2016 et à 100 % dès le 2 novembre 2016 sans l'avoir examinée, et invoquait de "nouveaux" renseignements médicaux, parmi lesquels sa prise en charge en hypnothérapie. C'est omettre que le Dr I_____ l'avait personnellement examinée le 11 juillet 2016, et qu'il avait alors conclu que sur le plan somatique, on pouvait s'attendre, pour les seules suites de l'événement à charge de l'assureur-accidents, une reprise de l'activité professionnelle après avoir complété la physiothérapie pour un travail d'ici à deux mois au plus tard. Il avait alors retenu du rapport de la CRR, sur le plan psychique, que ces médecins préconisaient, en l'absence de diagnostic psychiatrique directement lié aux suites de l'accident une prise en charge psychothérapeutique comportant notamment des séances d'hypnose. Selon le rapport du Dr L_____, on ne retrouve pas de symptôme-clé de l'état de stress post-traumatique. Par contre on peut observer des comportements d'évitement qui s'organisent sur un mode phobique, que ce soit par rapport à la conduite automobile, mais également de façon plus étendue, la patiente envisageant difficilement un voyage en avion. Bien qu'un état de stress post-traumatique constitué ne puisse être mis en évidence, il faut tout de même considérer qu'il existe chez cette patiente des traces psychiques évocatrices d'un accident mal assimilé et mal surmonté, ce qui génère des comportements phobiques. C'est anxiété phobique, survenant dans un espace-temps encore inférieur à six mois de son accident peut entrer dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Il remarque également que malgré les ressources personnelles de la patiente, il n'en demeure pas moins qu'elle se sent particulièrement envahie par sa symptomatologie douloureuse, qui intègre ses antécédents (algies vasculaires), et sur laquelle se greffent ses douleurs cervicales et dorsales. La composante psychologique, à savoir le trouble anxieux qui s'est développé après son accident est susceptible de compliquer l'évolution. C'est ainsi qu'en raison des symptômes anxieux qui s'organisaient depuis plusieurs mois et qui généraient des comportements d'évitement (avec des stratégies compensatoires), l'examinateur spécialiste en psychiatrie avait formulé la proposition susmentionnée, retenue dans le rapport d'évaluation interdisciplinaire. Le Dr I_____ en avait tenu compte dans son appréciation du 11 juillet 2016, et proposé de transmettre le cas au médecin-psychiatre conseil de la SUVA pour notamment recueillir son avis concernant les séances d'hypnose. C'est ainsi que le cas de la recourante a fait l'objet d'une appréciation psychiatrique par le psychiatre-conseil de l'intimée, le 20 juillet 2016, lequel, se fondant sur le rapport de la CRR et le diagnostic retenu de troubles de l'adaptation, retenait la causalité naturelle entre ce diagnostic et l'accident, et proposait la prise en charge spécialisée sur une durée maximum de trois à six mois, axée sur les aspects comportementaux qui ne devraient donc pas se limiter simplement à des séances d'hypnose mais inclure également des séances d'exposition pour aider la patiente à surmonter ses comportements d'évitement. Sa recommandation a d'ailleurs été suivie par la SUVA qui a accepté la prise en charge d'une telle thérapie, jusqu'au 31 décembre 2016. Cet aspect a été pris en compte dans l'appréciation du Dr I_____ du 8 octobre 2016, de même d'ailleurs que

le rapport du médecin traitant du 14 septembre 2016 qui prolongeait l'incapacité de travail jusqu'au 16 octobre 2016 à l'époque, le médecin d'arrondissement concluant néanmoins qu'à la lumière de l'ensemble du bilan réalisé tant à l'agence qu'à la CRR concluant à un traumatisme bénin sans lésions structurelles anatomiques sous-jacentes, on pouvait s'attendre dès ce jour à une reprise de l'activité professionnelle de façon progressive (à 50 % dès le 10 octobre 2016 puis à 100 % à partir du 2 novembre 2016. bc. Enfin, le Dr I_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale le 28 octobre 2016, sur la base des pièces médicales nouvelles que l'assuré avait soumises à la SUVA, soit le rapport de consultation neurologique (Dr O_____), du 12 juillet 2016, et le rapport du médecin traitant (Dr E_____) du 19 octobre 2016. Certes sommaire, cette nouvelle appréciation médicale, confirmant la précédente, est néanmoins cohérente et peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. c. Dans son recours, l'assurée considère que les appréciations successives du médecin d'arrondissement de l'intimé ne revêtaient pas une valeur probante suffisante pour permettre de s'écarter des avis convergents des Drs O_____ et E_____, selon lesquelles elle est toujours en arrêt de travail à 100 % et reste très affectée par ces contractures cervicales et dorsales. ca. On rappellera que la recourante est traitée depuis le mois d'août 2014, soit un an et demi avant l'accident du 4 décembre 2015, par le Dr O_____, à raison de céphalées, qui existaient depuis plusieurs années auparavant, taxée d'algie vasculaire de la face pharmaco-résistante. Ceci a d'ailleurs été retenu par les médecins de la CRR. Force est de constater que l'avis du Dr O_____ du 12 juillet 2016 ne se prononce pas du tout sur les conclusions du Dr I_____, et ses constatations ne permettent pas de remettre en cause ni de jeter le doute sur les conclusions du médecin d'arrondissement. Le neurologue indique qu'il vient de revoir la patiente, affirmant qu'elle est toujours invalide par ses douleurs cervicales inhabituelles, et qu'il ne lui connaissait pas ces symptômes dans les précédentes consultations, consacrées uniquement à la gestion de son AVF. Il note que la raideur rachidienne et les douleurs cervicales évoquées seraient apparues depuis mai 2016, «possiblement» consécutivement à l'accident qu'elle a eu. Ce médecin ne fait que répercuter les plaintes de la patiente, indiquant qu'il ne « pense pas » que ces signes soient en rapport avec l'algie vasculaire de la face, mais il ne dit pas comment ils pourraient s'expliquer. Ce rapport ne peut manifestement pas revêtir une force probante, dans la mesure où il n'est fondé sur aucune anamnèse, ni sur l'ensemble du dossier, se concentrant quasiment exclusivement sur la problématique de l'AVF. Il ne discute nullement les rapports médicaux versés au dossier, notamment l'imagerie qui ne montre aucune lésion, ni le rapport des médecins de la CRR, ni ceux, successifs, du médecin d'arrondissement de l'intimée, de sorte qu'il ne saurait jeter le doute sur les conclusions du Dr I_____. Il en va de même du bref rapport intermédiaire du médecin traitant du 19 octobre 2016, auquel il ne saurait être reconnu de valeur probante, son contenu n'étant pas motivé, se bornant à reprendre des éléments déjà connus, et pris en compte par les médecins de la CRR, respectivement par le Dr I_____. À cet égard, il n'est pas indifférent de relever au nombre des griefs de la recourante, que cette dernière reproche au médecin d'arrondissement de ne pas se fonder ni de tenir compte de l'AVF pharmaco-résistante dont elle précise qu'elle est responsable d'un handicap fonctionnel, lorsque les crises se déclenchent et justifient son incapacité à 100 %. En cela, la recourante n'a manifestement pas compris la différence entre les conditions posées pour donner droit aux prestations prévues par la LAA, et celles qui sont du ressort de l'assurance-invalidité, voire de l'assurance-maladie. Ainsi, si l'incapacité de travail persistante de l'assurée devait être attribuée à l'AVF, elle n'entre évidemment pas en ligne de compte dans l'examen du

rapport de causalité adéquate entre les troubles incapacitants actuels, respectivement au moment de la décision entreprise, et l'accident du 4 décembre 2015; sinon dans la meilleure des hypothèses pour exclure cette causalité adéquate. Ainsi l'on ne saurait faire grief au Dr I_____, de ne pas l'avoir retenu comme un élément justifiant l'incapacité de travail, celle-ci ne devant être conçue, dans le contexte du dossier d'assurance-accidents qu'en relation avec l'accident en cause. cb. Quant au rapport d'expertise du Dr P_____, produit par la recourante en cours de procédure, celui-ci n'apporte aucun élément nouveau. Contrairement à l'idée que semble se faire la recourante, ce rapport n'a pas valeur d'expertise. Tout au plus constitue-t-il une allégation de partie. Dès lors, la chambre de céans estime ne pas avoir à solliciter de plus amples renseignements, notamment par rapport aux qualifications et à la qualité de spécialiste reconnu de ce médecin, dont le rapport ne mentionne pas la spécialité. La liste des experts judiciaires près la cour d'appel de Chambéry de 2017, publiée sur Internet à l'adresse suivante: http://www.ca-chambery.justice.fr/art_pix/Listespe120517.pdf le mentionne pour les domaines de la biologie et médecine du développement et de la reproduction, de l'hématologie et de la transfusion, des maladies infectieuses et tropicales, de la bactériologie-virologie et hygiène hospitalière, de l'hématologie et de l'immunologie biologique, domaines assez éloignés des caractéristiques du cas d'espèce. Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence rappelée précédemment, 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. (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Dans le cas d'espèce, la chambre de céans ne saurait toutefois reconnaître une valeur probante à ce rapport, pour les raisons qui vont suivre. Il ne repose manifestement pas sur une pleine connaissance du dossier, les points litigieux importants n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée; il ne se fonde pas sur des examens complets: le résultat de l'examen clinique est extrêmement sommaire et tient en trois lignes, le médecin relevant : « extension douloureuse de la tête à partir de 30°. Distance doigt/sols : 35 cm. Abduction des membres supérieurs droit et gauche limitée à 100° à partir du corps. Taille 176 cm-poids 84 kg (prise de 4 à 5 kg récemment). » L'examineur se contente d'une description très sommaire des faits, les documents médicaux pris en compte sont très partiels. Il ne discute pas la question du lien de causalité. Ceci dit, en ce qui concerne l'imagerie, à l'instar de tous les médecins qui se sont prononcés dans ce dossier, le Dr P_____ constate que l'ensemble de l'imagerie, radiographies et IRM en 2016, ne montre pas de lésions spécifiques liées au traumatisme crânien diagnostiqué le jour de l'accident du 4 décembre 2015. Pour le reste, ce médecin se borne à affirmer que la patiente est toujours en arrêt de travail et qu'elle continue à se plaindre de douleurs cervicales et dorsales ne permettant pas une reprise de travail. En cela, il ne fait que prendre en compte le point de vue de la recourante. Quant à ses conclusions, elles ne procèdent que d'affirmations non discutées ni étayées par la moindre motivation: il se contente pratiquement de reprendre les conclusions sinon le contenu des prescriptions des médecins traitants, les impressions subjectives de la patiente (ainsi : « Les douleurs dues à l'algie vasculaire de la face sont sans rapport avec les douleurs vertébrales et cervicales. Les conséquences de l'accident du 4 décembre 2015 nécessitent toujours des séances de kinésithérapie à raison de 2 x 45 minutes par semaine soient 1h30 par semaine. Le port de minerve est ressenti comme absolument nécessaire par Madame A_____. La reprise du travail actuellement n'est pas possible et son médecin généraliste prescrit toujours des arrêts de travail. Le travail d'aide-soignante est un métier physique nécessitant l'absence de troubles

musculo-squelettique. Il a également été prescrit à Madame A_____. des aides ménagères à domicile (cf. ordonnance). Les arrêts de travail prescrit par le Docteur S_____, médecin généraliste, sont justifiées et nécessaires.) Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne saurait considérer ce rapport comme le résultat d'une étude fouillée et approfondie sur les questions litigieuses essentielles. Ce rapport ne convainc pas. 8. Il résulte de ce qui précède que les rapports médicaux sur la base desquels la SUVA a rendu sa décision sur opposition du 18 novembre 2016 peuvent tous se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est pas le cas, pour les raisons exposées, des avis exprimés par les médecins traitants de la recourante, de même que l'avis du Dr P_____ produit en procédure de recours. Il convient dès lors de vérifier si la décision entreprise a nié à juste titre le rapport de causalité adéquate entre les troubles persistants chez l'assurée, et l'accident du 4 décembre 2015. [endif]>![if> Au vu des principes légaux et jurisprudentiels rappelés précédemment, que l'intimé avait déjà correctement énoncés dans la décision entreprise, il est manifeste que l'accident litigieux doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu. Les médecins de la CRR ont retenu le diagnostic de contusion rachidienne chez une assurée présentant un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (phobique), une algie vasculaire de la face qu'un excès pondéral. Le bilan radiologique du rachis n'a pas montré d'atteinte significative. Aucune lésion organique susceptible d'expliquer l'état douloureux n'a été retrouvée (atteinte de la catégorie II définie précédemment). Le pronostic était bon à moyen terme, l'assurée disposant de ressources personnelles et d'un environnement professionnel favorables, mais la composante psychologique était susceptible de compliquer l'évolution, raison pour laquelle le spécialiste en psychiatrie a préconisé la prise en charge d'une psychothérapie, pour une durée limitée, comportant notamment des séances d'hypnose. Quoi qu'il en soit de la capacité de travail, qui peut notamment être réduite pour des raisons étrangères à l'accident, dans la mesure où les troubles dont se plaint l'assurée ne peuvent pas s'expliquer d'un point de vue organique, il s'agit d'examiner la causalité adéquate, qui est une question de droit dont la réponse incombe à l'administration, et en cas de recours au juge, et non pas au médecin. La question juridique à trancher est celle de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, le fait considéré était, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2). C'est à juste titre que l'intimée a retenu que l'accident lui-même n'a pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant. Il est vrai que, formellement, l'intimée indique dans la décision entreprise que la recourante a pu sortir seule de son véhicule, affirmation que cette dernière conteste. Elle indique notamment dans ses écritures que plusieurs personnes l'avaient extraite du véhicule avant de l'installer chez la voisine; elle produit des attestations de trois personnes. La version donnée par la recourante dans ses écritures est exagérée : non seulement elle a déclaré aux médecins de la CRR qu'elle avait elle-même ouvert la portière et klaxonné pour qu'on lui porte aide, le rapport relevant qu'ensuite des badauds l'emmenèrent chez une personne du voisinage où elle a attendu l'ambulance. Des trois attestations qu'elle a produites, la première est celle d'un retraité habitant aux alentours du lieu où est survenu l'accident, mais il n'en a rien vu ni entendu: il indique que, voyant des gyrophares en contrebas de sa maison, le jour en question, il est descendu au bord de la route et a constaté que celle-ci était très verglacée. Il a eu de la difficulté à traverser. Il a pris l'initiative de faire signe de ralentir aux voitures qui descendaient, pour qu'elles ne glissent pas et provoquent ainsi un autre accident. La seconde

est celle de la propriétaire de la parcelle où la recourante s'est retrouvée après la chute de son véhicule. Elle confirme avoir porté secours à la recourante, et l'avoir aidée à sortir de son véhicule, pour la conduire au chaud chez elle, en demandant à l'intéressée de s'appuyer sur eux (le voisin et elle-même) car la chaussée était verglacée. Le troisième témoin est un employé municipal, le voisin, qui confirme avoir, avec la voisine, aidé la recourante à « s'extraire » de son véhicule pour l'installer chez la voisine en attendant les secours. C'est donc avec l'aide des deux voisins, que la recourante est sortie de son véhicule, - ce qu'elle aurait pu faire seule si nécessaire, comme le montrent les photos du véhicule après l'accident -, les voisins l'ayant simplement invitée à s'appuyer sur eux, car la chaussée était glissante. En revanche, ce qu'elle ne conteste pas, c'est qu'elle a parfaitement été capable de remplir un constat à l'amiable avec les propriétaires des boîtes aux lettres et du muret endommagé. Ainsi l'affirmation de l'intimée selon laquelle la recourante serait sortie seule de son véhicule n'est pas déterminante et n'a de toute manière pas l'importance que la recourante veut lui donner. L'assurée n'a pas subi de lésions graves et n'a pas bénéficié d'un traitement spécifique continu et pesant, comme par exemple plusieurs opérations chirurgicales. Aucune erreur dans le traitement ni de complications importantes ne sont survenues. Le critère de l'incapacité de travail importante, « malgré les efforts avérés » ne saurait entrer en ligne de compte, l'assurée n'ayant pas tenté de reprendre un travail. Comme le relève l'intimée, seul le critère des douleurs importantes pourrait entrer en ligne de compte, parmi les sept critères retenus par la jurisprudence; or, comme rappelé précédemment, pour des accidents de gravité moyenne, trois critères au moins doivent être cumulés, ou l'un de ces critères doit se manifester avec une intensité particulière, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Ainsi, la décision entreprise n'est pas critiquable. 9. Enfin, la chambre de céans rappelle qu'elle a ordonné l'apport du dossier de l'OAI, l'assurée ayant formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, dans le cadre de l'intervention précoce, le 21 novembre 2016.

Il ressort notamment du dossier de l'OAI que le service médical régional ([Dresse T_____] ci-après : le SMR) a rendu un avis médical le 11 avril 2017 fondé sur l'évolution du cas: le SMR s'est référé notamment aux documents médicaux de la SUVA (rapports de la CRR et du médecin d'arrondissement), ainsi qu'à l'information reçue du conseiller en réadaptation de l'OAI - indiquant que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis la décision de l'assureur-accident à laquelle elle avait formé opposition, l'intéressée présentant de la difficulté pour se déplacer (phobie de la conduite), se plaignant toujours de rachialgies et portant une minerve; - . Ainsi le SMR, considérant qu'en pratique l'assurée se trouvait donc en arrêt de travail depuis décembre 2015 en raison d'un traumatisme du rachis sans lésion structurelle, et qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle tel que préconisé par le Dr I_____, a estimé que la réalisation d'une expertise psychiatrique était incontournable, à ce stade de l'instruction du dossier, pour que le SMR puissent se prononcer sur l'exigibilité, afin d'infirmer ou de confirmer l'existence d'un TSD (ou atteintes apparentées) en tenant compte des indicateurs selon la jurisprudence en vigueur. La recourante, invitée à se prononcer sur le contenu du dossier de l'OAI, ne s'est pas exprimée. Pour sa part, l'intimée, a brièvement observé que le dossier de l'AI ne contient pas de pièces pertinentes à la présente procédure. Pour le surplus, il est indifférent que les céphalées de l'assurée se soient décuplées depuis l'accident, comme en atteste son neurologue dans son rapport du 17 mai 2016. Il est en effet établi et incontesté que ces troubles ne se rapportent pas à une lésion structurelle sous-jacente ou objectivable. Or l'existence d'une relation de causalité entre l'accident et les troubles de l'assurée

non-objectivables d'un point de vue organique doit être niée. Il s'avère également superflu de surseoir à statuer jusqu'à ce que l'expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI ait été mise en œuvre. Dans le cas d'espèce, dans la mesure où le lien de causalité adéquate a été nié, la responsabilité de l'assureur-accident n'étant pas engagée, respectivement ne l'étant plus, le résultat de l'expertise psychiatrique diligentée par l'OAI n'aurait aucune incidence sur le plan de l'assurance-accidents, et dès lors, il n'y a pas lieu de surseoir à statuer en attendant ce résultat. 10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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