

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1125/2019

ATAS/845/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 16 septembre 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée VERSOIX, représentée par  
Monsieur A\_\_\_\_\_

recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1988, est employée par la Commune de Versoix (ci-après : l'employeur) en tant que patrouilleuse scolaire et assurée à ce titre selon la LAA auprès de Helsana Accidents S.A. (ci-après : l'assurance).
2. Le 16 octobre 2018, l'assurée a été victime d'un accident. Selon le rapport de police du même jour, alors qu'elle s'engageait, palette à la main, sur le passage pour piétons afin de faire traverser des enfants, elle a été heurtée au coude par le rétroviseur droit d'un automobiliste, entraînant sa chute. L'assurée a été légèrement blessée (plaie au coude droit et diverses contusions) et conduite au service des urgences par une ambulance. Selon un témoin, la vitesse de la voiture ne dépassait pas 20 km / h. Selon l'automobiliste en cause, il était arrêté devant le passage piéton pour laisser passer des enfants et, alors qu'il avait redémarré, l'assurée s'était jetée sur le rétroviseur de sa voiture.
3. Le 17 octobre 2018, des radiographies du bassin, du pied et du coude droits ont été pratiquées, concluant à l'absence de fracture.
4. L'assurée a été en incapacité de travail totale, puis à 50 % depuis le 3 décembre 2018.
5. Le 30 octobre 2018, l'employeur a déclaré l'accident à l'assurance comme suit : « L'assurée faisait traverser des enfants sur un passage piéton (lieu de travail). La voiture arrêtée a démarré trop vite et a heurté l'assurée. Le rétroviseur droit de la voiture a tapé le bras droit de l'assurée, qui s'est écroulée sur le trottoir, étourdie et prise de vomissements ».
6. Le 31 octobre 2018, l'hôpital de la Tour a attesté d'une prise en charge de l'assurée par le docteur B\_\_\_\_\_ pour un plaie et contusion du membre supérieur droit, avec suture - ablation des points le 29 octobre ; évolution localement ok ; se sent toujours psychologiquement affectée par ce trauma et a quelques douleurs de type musculaire au membre supérieur.
7. Le même jour le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale du 16 octobre 2018 au 4 novembre 2018.
8. Le 5 novembre 2018, la doctoresse C\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a attesté d'un arrêt de travail total du 5 au 11 novembre 2018, puis de 50 % du 12 au 18 novembre 2018.
9. Le 12 novembre 2018, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 12 novembre, probablement jusqu'au 25 novembre 2018.
10. Le 14 novembre 2018, l'hôpital de la Tour a rempli un rapport médical LAA attestant suite à l'accident d'une dermabrasion 1x1cm au coude droit avec douleur à la palpation, de douleur au pubis, à la flexion de la hanche, face dorsale du pied

droit ; le diagnostic posé était celui de contusion au coude et pied droits, avec plaie superficielle au coude droit.

11. Le 16 novembre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurance que l'assurée était choquée par ce qui lui était arrivé, qu'elle avait présenté un épisode anxieux avec insomnies ; l'incapacité de travail était totale du 17 octobre 2018 au 26 novembre 2018.
12. Le 18 novembre 2018, la Dresse C\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical LAA, attestant d'une bonne évolution de la plaie mais d'un développement d'un syndrome post traumatique ; elle avait proposé des séances de psychothérapie. L'incapacité de travail était totale du 5 au 11 novembre 2018 et de 50 % du 12 au 18 novembre 2018.
13. Le 23 novembre 2018, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'assurance. Elle a indiqué : « Dans un premier temps, j'ai levé le bras gauche en direction du ciel muni de la palette pour demander l'arrêt des véhicules devant le passage piéton. Une fois les véhicules arrêtés, je me suis avancée sur la route le bras gauche levé vers le ciel et muni de la palette. Ensuite j'ai levé les deux bras à la hauteur des épaules afin de faire la barrière et je suis restée dans cette position jusqu'à ce que le dernier enfant se trouve en sécurité sur le trottoir d'en face. Puis j'ai relevé le bras gauche en direction du ciel, toujours muni de la palette, afin de retourner sur le trottoir et c'est à ce moment-là que le véhicule de marque Ford Focus (GE 23361/Suisse) m'a percuté de plein fouet et m'a touché au niveau du coude droit avec son rétroviseur droit dont il s'est cassé. En effet, le chauffeur s'est précipité au démarrage et n'a pas attendu que je sois en sécurité sur le trottoir et à démarrer à plein régime dans ma direction, c'est pourquoi il m'a percuté. Suite au choc, je me suis écroulée sur le trottoir, je me suis étourdie, j'ai vomi et j'ai vu plusieurs personnes autour de moi sans réellement comprendre ce qu'il venait de se passer ! ».
14. Le 26 novembre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 26 novembre au 2 décembre et de 50 % dès le 3 décembre 2018.
15. Le 30 novembre 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical LAA mentionnant une évolution simple et un traitement terminé le 31 octobre 2018. L'incapacité de travail était totale du 16 octobre au 4 novembre 2018 ; l'assurée était choquée émotionnellement.
16. Le 14 décembre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'assurance en indiquant que l'assurée présentait de l'anxiété et de l'hypervigilance, un diagnostic de trouble anxieux sans précision, en lien avec l'accident. L'évolution était favorable (reprise du travail à 50 % dès le 25 décembre 2018).
17. Le 17 décembre 2018, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'assurance, a considéré que le lien de causalité était probable pour le coude mais possible « pour le psy » et que la capacité de travail était celle établie par le médecin-traitant.

18. Par décision du 17 décembre 2018, l'assurance a constaté qu'il ne découlait de l'accident aucune atteinte durable à l'intégrité physique ou psychique de l'assurée, de sorte que les prestations étaient suspendues dès le 12 novembre 2018, date à laquelle la lésion au coude était guérie, étant constaté que les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, qui était de gravité légère.
19. Le 7 janvier 2019, l'assurée, représentée par son époux, a fait opposition à la décision précitée en relevant qu'elle avait subi quatre points de suture au coude droit et une incapacité de travail totale puis de 50 % ; les contusions étaient encore présentes aujourd'hui ; elle avait eu très peur lors de l'accident et en gardait encore des séquelles physiques et mentales.
20. Le 14 janvier 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail totale dès le 14 janvier 2019.
21. Le 11 février 2019, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait présenté une PTSD qui avait nécessité une courte prise en charge psychologique et l'incapacité de travail prescrite dès le 5 novembre 2018 était exclusivement liée l'état psychique, à l'exclusion du coude droit.
22. Par décision du 21 février 2019, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée. L'incapacité de travail en raison de la blessure au coude s'était terminée le 4 novembre 2018 et le traitement était terminé au 5 novembre 2018 ; les contusions alléguées n'étaient pas corroborées par les médecins traitants et leur prise en charge pendant un mois était largement suffisante ; s'agissant des troubles psychiques, l'accident était de peu de gravité, de sorte que le lien de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'accident devait être d'emblée nié ; tel était également le cas si l'accident était qualifié de moyen.
23. Le 19 mars 2019, l'assurée, représentée par son époux, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition du 21 février 2019.

Le 16 octobre 2018, le rétroviseur qui l'avait heurtée s'était arraché du véhicule et celui-ci lui avait roulé sur le pied droit ; elle avait été prise de vomissement et avait dû subir quatre points de suture, avec une mobilité du bras limitée pendant plus d'un mois, ainsi que de fortes douleurs. Elle avait présenté des troubles du sommeil, ne pouvait plus conduire et avait développé un stress post-traumatique ; elle ne pouvait plus exposer sa blessure au soleil. Ses troubles psychologiques découlaient directement de l'accident.

Après la cicatrisation de la plaie, elle avait encore présenté des contusions sur tout le corps. Elle avait été victime d'un chauffard et restera longtemps marquée par cet accident. Elle requérait une déclaration de prise en charge de l'assurance des éventuelles séquelles au coude, pour les années à venir, ainsi que la prise en charge de ses troubles psychiques. Elle a produit un rapport de l'Hôpital de la Tour, non daté (imprimé le 28 janvier 2019), mentionnant que l'assurée s'était fait percuter

par un rétroviseur de voiture qui s'était cassé et était tombée et que la roue lui était passée sur le pied. L'assurée avait présenté une contusion au coude et au pied droit, avec plaie superficielle au coude droit (dermabrasion de 1x1cm). Il avait été pratiqué un « rincage et deux points au 4.0 ».

24. Le 16 avril 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours. L'assurée indiquait seulement au stade de son recours que le rétroviseur avait été arraché du véhicule et qu'elle s'était fait rouler sur le pied droit, ce qui n'apparaissait pas dans les premières déclarations, la recourante ayant seulement indiqué que le rétroviseur s'était cassé. De plus, si la voiture avait roulé sur son pied, une lésion plus importante qu'une contusion aurait été constatée ; en outre la plaie au coude n'était pas profonde puisqu'il s'agissait d'une dermabrasion de 1x1cm ; les douleurs et la mobilité réduite après un mois ainsi que des contusions sur tout le corps n'étaient pas confirmées par les pièces médicales au dossier ; la lésion au coude était donc en tous les cas guérie en date du 12 novembre 2018.
25. Le 16 mai 2019, l'assurée a répliqué en s'opposant à la décision de l'assurance. Elle a produit une attestation médicale du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 mai 2019 selon laquelle l'assurée l'avait consulté le 12 novembre 2018, à la suite de son accident et que les consultations étaient dues aux conséquences psychologiques en lien direct avec l'accident.
26. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée est tenue à prestation au-delà du 12 novembre 2018.
5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il 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. 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 revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

6. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied)

ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestation pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;

- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

7. a. 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).

b. 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.).

c. 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).

8. 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).
9. a. En l'occurrence, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 12 novembre 2018, en considérant qu'à cette date, d'une part, les troubles physiques de la recourante (plaie au coude et contusion) étaient guéris, ne justifiant plus de traitement médical ni d'incapacité de travail, d'autre part, qu'il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques allégués et l'accident.

La recourante invoque des blessures physiques ayant perduré plus d'un mois après l'accident (coude douloureux, avec mobilité réduite et contusions sur tout le corps) et requiert la prise en charge par l'intimée de ses troubles psychiques survenus après l'accident.

b. S'agissant de l'aspect somatique, comme relevé par l'intimée, les pièces médicales au dossier ne font état d'aucune conséquence dommageable au-delà du 12 novembre 2018.

La recourante a présenté une plaie superficielle au coude droit ayant nécessité un rinçage et deux points de suture ainsi que des contusions au coude et au pied droit (rapport de l'hôpital de la Tour imprimé le 28 janvier 2019). L'ablation des points a eu lieu le 29 octobre 2018, date à laquelle le médecin a constaté une plaie calme et aucun signe d'atteinte autre qu'une contusion avec myalgies ; l'incapacité de travail était prolongée jusqu'au 4 novembre 2018 (rapports de l'Hôpital de la Tour du 31 octobre 2018 et du Dr B\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2018) ; la dernière consultation somatique a eu lieu le 31 octobre 2018 et l'évolution a été indiquée comme étant simple (rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2018). Par ailleurs, le médecin traitant de la recourante a relevé que l'incapacité de travail attestée dès le 5 novembre 2018 était exclusivement liée à l'état psychique de la recourante (rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 11 février 2019).

Aucun élément médical au dossier n'étaye ainsi l'allégation de la recourante quant à une limitation de la mobilité de son coude droit et la présence de contusions sur tout le corps au-delà du 12 novembre 2018, qui auraient justifié un traitement médical et / ou une prolongation de son incapacité de travail au-delà du 4 novembre 2018. Le grief de la recourante ne peut en conséquence qu'être rejeté.

c. S'agissant de l'aspect psychiatrique, il convient de qualifier la gravité de l'accident. Au vu de la description effectuée par le témoin (rapport de police du 16 octobre 2018), la recourante a été heurtée par un véhicule qui roulait très lentement (pas plus de 20 km / h). Selon les déclarations concordantes de l'automobiliste et de la recourante, la voiture, alors arrêtée au passage piéton a redémarré et son rétroviseur a heurté la recourante. Il n'est par ailleurs pas contesté que la recourante a été heurtée au coude gauche, que le rétroviseur s'est cassé, qu'elle a chuté et a été prise de vomissement.

Par ailleurs, on ne saurait, à la suite de l'intimée, retenir que le véhicule en cause aurait roulé sur le pied de la recourante, et que le rétroviseur aurait été arraché du véhicule, cette description de l'accident ayant été donnée seulement au stade du recours ; en particulier la recourante n'en a pas fait état dans la description écrite et précise de l'accident qu'elle a fournie à l'intimée le 23 novembre 2018.

Or, selon la jurisprudence, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C\_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

Compte tenu du déroulement de l'accident, celui-ci doit être qualifié, au mieux, d'accident moyen, à la limite des accidents peu graves.

Dans ce cas, plusieurs des critères jurisprudentiels précités doivent être remplis pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis, ou certains doivent revêtir à tout le moins une intensité particulière.

En l'occurrence, tel n'est pas le cas. Les circonstances de l'accident n'étaient pas dramatiques et celui-ci pas particulièrement impressionnant; les lésions physiques ont été peu importantes (plaie superficielle et contusions) ; le traitement médical n'a pas été anormalement long ; les douleurs physiques n'ont pas été persistantes ; aucune erreur dans le traitement médical n'est alléguée, ni des difficultés apparues en cours de guérison ou des complications importantes ; enfin, la durée de l'incapacité de travail en raison des blessures somatiques n'a pas été longue.

10. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée de mettre fin à ses prestations au 12 novembre 2018 ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le